

Ärztliche Führung – einmal anders



Foto: Stiebitz

Dr. med. Kilian Tegethoff

*ist Vorsitzender des Krankenhaus-
ausschusses der Ärztekammer Berlin
und Vorsitzender des Marburger
Bundes Berlin-Brandenburg*

Was geschieht in den DRK-Kliniken Berlin? Unter dieser Frage habe ich den Offenen Brief von 170 ÄrztInnen der DRK-Kliniken Berlin im Internet kommentiert (http://www.aekb.de/4opresse/15_meldungen/00618_Offener_Brief/index.html). Der Sachverhalt wird aus dem Brief deutlich, den Sie ebenfalls dort finden. In einmaliger Art und Weise hat die Geschäftsführung der DRK-Kliniken Berlin (Sprecher Prof. Dr. med. T. Kersting MBA) sich von drei Ärzten getrennt, die engagiert für die Verbesserung der ärztlichen Arbeitsbedingungen eingetreten sind. Mit Sicherheit waren die formalen Wege der Geschäftsführung korrekt. Ebenso sicher besteht aber ein Zusammenhang mit den Aktivitäten der Kollegen. Als Folge hat sich das Betriebsklima drastisch verschlechtert. Manche Kolleginnen und Kollegen hatten Angst, den Offenen Brief zu unterzeichnen. Dass trotzdem so viele aus der Ärzteschaft unterschrieben haben, ist ein deutliches Warnsignal an die Geschäftsführung.

Doch zurück zum Sachverhalt: Wer darf nicht mehr in den DRK-Klinken tätig sein?

In einem Fall handelt es sich um einen, im vergangenen Tarifkonflikt direkt an den Verhandlungen beteiligten Facharzt für Anästhesie, der sich zudem zum MBA weitergebildet hat, dessen auslaufender befristeter Arbeitsvertrag nicht verlängert wurde. Dies verwundert umso mehr, da Kolleginnen und Kollegen aus den DRK-Kliniken berichten, dass in der betreffenden Abteilung unbesetzte Stellen

existieren. Das ist wohl in der Geschichte der DRK Kliniken Berlin so noch nicht vorgekommen. Der besagte Kollege hatte sich ebenfalls zur Wahl als Betriebsratsvorsitzenden bereit erklärt, und war hiermit gewillt, der Wiederherstellung eines guten Betriebsklimas zwischen der Geschäftsführung, den Ärzten und der Pflege etwas beizutragen.

Im zweiten Fall wurde ein Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie nicht mehr weiter beschäftigt. Vor dem Arbeitsgericht wurde ein Vergleich geschlossen, der sicher für die DRK-Kliniken nicht kostenlos war. Finanzielle Engpässe scheinen diese Einrichtung nicht zu bedrängen.

Im dritten Fall handelt es sich um einen langjährigen Chefarzt, der in vorbildlicher Weise, das haben die Kollegen aus seiner Klinik berichtet, „Ärztliche Führung“ gelebt hat.

Das Thema „Führung“ bewegt uns Ärztinnen und Ärzte seit längerem. Neben dem bekannten Curriculum der Bundesärztekammer (<http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=1.120.1116.5688&all=true>) startet auch die Ärztekammer Berlin im Mai das erste Modul des Kurses „Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels“. Denn wie sollen wir den neu in den Beruf einsteigenden

Ärzten Führung glaubhaft vorleben, wenn das Vorbild durch Ärzte in Geschäftsführungen von Krankenhäusern fehlt? Wir müssen uns qualifizieren. Ärztinnen und Ärzte in Geschäftsführungen von Gesundheitseinrichtungen sind notwendig. Nur dadurch kann der Bezug zum Kerngeschäft der Krankenhäuser bis in die Spitze der Einrichtungen hergestellt werden.

In diesem Sinn appelliere ich an die DRK-Schwesterschaft als Eigentümerin der DRK-Kliniken, das Betriebsklima nachhaltig zu verbessern. Lassen Sie sich keine Potemkinschen Dörfer vorführen. Suchen Sie den Kontakt zur Basis. Für viele der am Haus arbeitenden Ärztinnen und Kollegen besteht derzeit eine gefühlt unerträgliche Arbeitssituation. Die Verbundenheit zum Unternehmen ist trotz der aktuellen Missstände hoch, wie ich immer wieder in Gesprächen mit Betroffenen erleben konnte. Viele der hochmotivierten und -qualifizierten Kolleginnen und Kollegen schätzen ihre Beschäftigung bei den DRK-Kliniken sehr, die sich in Berlin oftmals als Vorreiter in verschiedenen medizinischen und pflegerischen Gebieten bewiesen hätten. Dieses Potenzial gilt es weiter zu nutzen!

Berliner Medizinische Gesellschaft

Jürgen Hammerstein wird Ehrenmitglied

Professor Dr. med. Jürgen Hammerstein wird am 26. Mai die Ehrenmitgliedschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft verliehen. Die Verleihung findet im Rahmen einer Wissenschaftlichen Sitzung statt, die zusammen mit der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Ärztekammer Berlin veranstaltet wird. Der langjährige frühere Geschäftsführer der Kaiserin-Friedrich-Stiftung und Endokrinologe Hammerstein war am 19. April 85 Jahre alt geworden. Im vergangenen Jahr hatte er die

Georg-Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin erhalten.

Nach einer Begrüßung durch den Vorsitzenden der Berliner Medizinischen Gesellschaft, Professor Dr. med. Helmut Hahn, wird Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz einen Vortrag zum Thema „Lebenslanges Lernen in der Medizin im Spannungsfeld zwischen Ausbildung und ärztlicher Praxis“ halten. Im Anschluss wird Professor Dr. med. Andreas G. Ebert den Vortrag „Wende-

zeiten – Jürgen Hammerstein und die Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin“ halten, gefolgt vom wissenschaftlichen Vortrag „Präventive Wirkungen von Pille und HRT“ durch Professor Dr. med. Horst Luebbert (Charité).

Für die Veranstaltung sind Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer Berlin beantragt.

**Wissenschaftliche Sitzung der
Berliner Medizinischen Gesellschaft
im Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59
10117 Berlin
Mittwoch, 26. Mai 2010
Beginn 18.00 Uhr**

ANZEIGE



MEINUNG.....

Ärztliche Führung – einmal anders

Von Kilian Tegethoff..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Die EVA-Ergebnisse im Detail

BERLINER ÄRZTE stellt die Ergebnisse der ersten deutschlandweiten Online-Befragung zur Situation in der Weiterbildung vor. 24

Kommentar von Werner Wyrwich..... 30

Tuberkulose: Berliner Bezirke bündeln Kompetenz.....31

Wahl zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin.....34

CIRS-Berlin: Der aktuelle Fall.....42

FORTBILDUNG.....

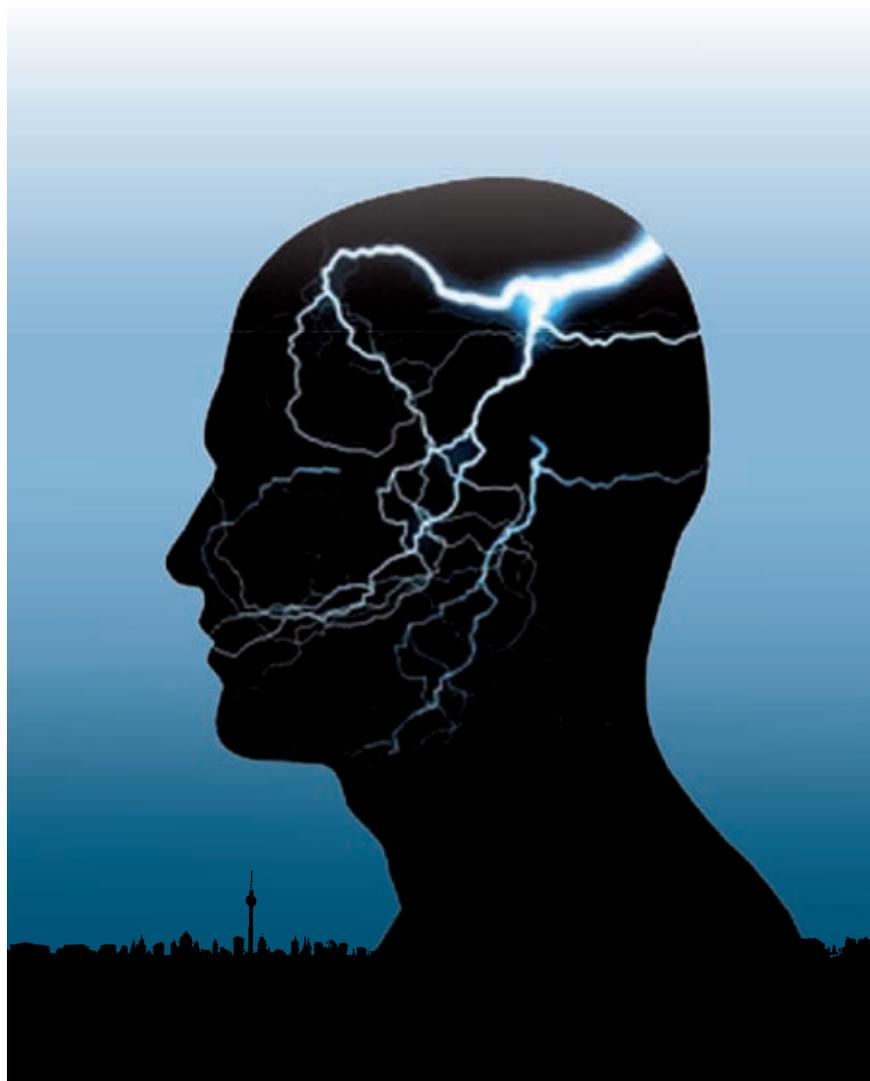
Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....32

PERSONALIEN.....

Geburtshelfer und Zeitgeist
Von Rosemarie Stein..... 41

FEUILLETON.....

300 Jahre Berliner Medizin
Von Rosemarie Stein..... 43



TITELTHEMA.....

Schlaganfall in Berlin

Bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten ist Berlin ganz vorne dabei. BERLINER ÄRZTE zeigt warum und bietet einen umfassenden Überblick über die Versorgungslandschaft, aktuelle Forschungsansätze und die spannendsten Projekte.

.....14

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet.

Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die

Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 06.09.2010 bis 11.09.2010 / Woche 2: 01.11.2010 bis 06.11.2010 / Woche 3: 13.12.2010 bis 18.12.2010 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort:
Ärzttekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen:
Tel.: 030/40806-1207 (Organisation), Tel.: 030/40806-1400 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de

ANZEIGE

Hertha-Nathorff-Preis



(2. Preis) Alexandra Mallickh und Rico Urbschat, Dr. med. Günther Jonitz (Präsident der Ärztekammer Berlin), (3. Preis) Astrid Johnsson, (v.re.n.li);

Berlins beste Abschlussarbeiten in Public Health ausgezeichnet

Drei Preisträger teilen sich in diesem Jahr den Hertha Nathorff-Preis. Bereits seit 1995 zeichnet die Ärztekammer Berlin damit jährlich die besten Berliner Magisterarbeiten im Bereich Public Health aus. Der mit 2.500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt, die in den 30er Jahren von den Nationalsozialisten verfolgt wurde und in die USA emigrierte. Zwei Preisträger-Arbeiten wählte eine unabhängige Jury aus den 25 höchstbenoteten Magisterarbeiten aus, die in den drei gesundheitswissenschaftlichen Aufbaustudiengängen Berlins im Wintersemester abgegeben wurden. Drei Preisträger wurden am 19. März 2010 auf einer feierlichen Veranstaltung an der Charité ausgezeichnet. Aufgrund der hohen Qualitätsanforderungen an den Preis entschied sich die Jury in diesem Jahr erstmals dazu, keinen 1. Preis zu vergeben. Mehr zu den Preisträgern und ihre Arbeiten finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de.

Professionelle Analyse von CIRS-Berichten

Vom CIRS-Anwender zum CIRS-Experten

Das Seminar richtet sich an CIRS-Beauftragte oder Qualitätsmanager, die bereits Erfahrungen mit der Auswertung von CIRS-Meldungen gesammelt haben. Neben den methodischen Kenntnissen wird die systematische Analyse der Ursachen von kritischen Ereignissen durch die Bearbeitung von komplexen oder kritischen Beispielen vermittelt.

Ein weiterer Schwerpunkt des Seminars liegt auf den Umsetzungsstrategien für Verbesse-

rungsmaßnahmen, die Gestaltung einer effektiven Arbeitsbeziehung und der Kommunikation notwendiger Veränderungen mit den klinischen Prozessverantwortlichen und den Mitarbeitern.

Veranstalter: Ärztekammer Berlin
Referentin: Angela Herold, GRB
Zeit: Freitag 25.6.2010
Ort: Langenbeck-Virchow-Haus

Ansprechpartnerin:
c. markl@aekb.de,
Tel.: 030/40806-1400

Neu im Netz

Befugtenverzeichnis jetzt als Datenbank online



Die Suche nach einem Weiterbildungsbefugten ist ab sofort komfortabler denn je. Die Ärztekammer Berlin bietet jetzt auf ihrer Internetseite eine Datenbank an, in der sämtliche Befugnisse, die nach dem neuen elektronischen Antragsverfahren beantragt und entschieden wurden, aufgeführt sind. Das „Befugtenverzeichnis“ finden Sie unter www.aekb.de im Portal „Ärzte“, Kapitel „Weiterbildung“. Es enthält insgesamt 2.045 Weiterbildungsbefugte. Verschiedenste Filterfunktionen können breit miteinander kombiniert werden. Zudem ist einsehbar, seit wann eine Befugnis besteht und auf welche Abschnitte sie sich bezieht. Sollten bei der Nutzung noch Rückfragen auftauchen, schicken Sie diese bitte per E-Mail an die onlineredaktion@aekb.de. Sie werden weitergeleitet und direkt beantwortet.

sygo

ANZEIGEN



Foto: S. Rudat

Serbische Delegation besucht Ärztekammer Berlin

Eine siebenköpfige Delegation der Serbischen Ärztekammer besuchte am 16. März 2010 die Ärztekammer Berlin. Die Kollegen informierten sich über die Möglichkeiten des Zugangs zu evidenzbasiertem medizinischem Wissen, die Mitgliederverwaltung und -kommunikation sowie über die Aktivitäten des Hauses im Bereich Fortbildung. Neben Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz standen ihnen die Abteilungsleiter Christoph Röhrig, Dr. med. Henning Schaefer und Pressesprecher Sascha Rudat Rede und Antwort.

Kultur

Eine „Gesellschaft für Anatomie und Bildende Kunst e.V.“

... wurde kürzlich in Berlin gegründet. 1. Vorsitzender ist der Künstler und Mediziner Prof. Dr. Manfred Zoller, der an der Kunsthochschule Berlin-Weißensee lehrt, stellvertretender Vorsitzender der Bildhauer Ingo Garschke, Professor an der Leipziger Hochschule für Graphik und Buchkunst. Als Mitglieder willkommen sind Ärzte und Naturwissenschaftler ebenso wie Künstler, Kunstpädagogen und Körpertherapeuten. Medizinern bietet das anatomische Wissen vom Menschen die Chance der Ankündigung an gesellschaftliche, kulturelle und künstlerische Themen. Interessierten Künstlern will die Gesellschaft die Möglichkeit geben, sich anspruchsvoll mit dem Fachwissen des Mediziners, des Naturwissenschaftlers oder des Pädagogen auseinanderzusetzen.

Die Begegnungen der beiden unterschiedlichen Welten von Medizin und Kunst sollen in Gesprächskreisen, Workshops, Tagungen und Ausstellungen stattfinden. Praktische Übungen werden die Kunsthochschule Weißensee und die Hochschule für Graphik und Buchkunst Leipzig ermöglichen. Auch die Anatomischen Institute Berlin und Leipzig sind beteiligt.

R.St.

Auskunft: www.manfredzoller.de

E-Mail: manfred-zoller@t-online.de, Telefon: 03303/505387

Leserbrief

Lebenslanges lernen BERLINER ÄRZTE 3/2010, S.3

Ich begrüße, dass BERLINER ÄRZTE mit dem Beitrag des Kollegen Brockstedt das längst überfällige Thema industrieunabhängiger Fortbildung aufgreift und Alternativen in die Diskussion einbringt. Industrie(gesponserte) Fortbildungen sind eine Form von Produktwerbung, die als Fortbildung getarnt ist. Ihr primäres Ziel liegt direkt oder indirekt in der Absatzförderung bzw. in der „Klimapflege“. (...) Big Pharma ist kein Wohltätigkeitsverein. Sie ist auf maximale Gewinnorientierung der Kapitalgeber verpflichtet. In Wirklichkeit zahlen Patient, Steuerzahler und Krankenversicherungen über die Preise diese „Fortbildung“, kontrolliert wird sie aber weitgehend von der Indus-

trie. Von einer solchen Fortbildung ist in aller Regel keine objektive und unverzerrte Information mit einem unabhängigen Vergleich von Therapieoptionen zu erwarten. Sie begünstigt zudem eine einseitig auf Medikamente gestützte Behandlung unter Vernachlässigung alternativer Behandlungsoptionen wie präventiver Maßnahmen. Diesen Zustand gilt es zu beenden. Das erfordert aber einen Mentalitätswandel in großen Teilen der Ärzteschaft. (...) Das Gesetz sieht ohnehin vor, dass Fort- und Weiterbildung frei von wirtschaftlichem Einfluss zu erfolgen hat. Die Kammern können das bei ihrer Zertifizierung eingestandener Maßnahmen nicht

wirklich überprüfen. Das Problem liegt im primären Interessenskonflikt.

(...) Die Ärzte müssen sich die volle Souveränität über die eigene Fortbildung wieder aneignen. Sie schulden es m.E. ihrer primären Verpflichtung auf das Patientenwohl und der Integrität ihres Berufsstandes. Die Patienten wie auch die Öffentlichkeit müssen die Gewissheit haben, dass sich ihr(e) Arzt/Ärztin unbeeinflusst von unzulässigen Interessen Dritter fortbilden und informieren. (...) Herr Brockstedt bringt ein vom Steuerzahler zu finanzierendes Fortbildungsmodell wie in Kanada bzw. einen Fortbildungsfond bei der Kammer, gespeist aus Einzahlungen verschiedener Akteure im Gesundheitswesen, ins Spiel. Das kann man so sehen. Warum



sollte aber ein Berufsstand, der immer noch – auch bei Einbußen gegenüber früher – zu den gut verdienenden Berufsgruppen zählt, nicht selbst, wie andere Berufsgruppen auch, für die eigene Fortbildung aufkommen. (...) Aber eine industrieunabhängige Information und Fortbildung würde nicht nur die Therapie optimieren, sondern auch Ressourcen im Milliardenbereich freisetzen. Daraus ließen sich dann die Kosten der Fortbildung und die Anhebung der ärztlichen Vergütung spielend finanzieren. Warum handeln Ärzte nur so gegen ihre eigenen Interessen und die ihrer Patienten?

Dr. med. Dieter Lehmkuhl, Berlin

ANZEIGE

Alleingang des Vorsitzenden führt zum offenen Bruch

Ein Alleingang des BDA-Vorsitzenden Dr. Hans-Peter Hoffert hat zu drei Vorstandsrücktritten und zum offenen Bruch mit der BDA-Delegiertenversammlung geführt. Ohne Abstimmung mit DV und Vorstand hatte Hoffert zwei Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (mit der IKK/AOK und der Signal Iduna) eigenmächtig unterzeichnet. Die Unterschrift erfolgte gemeinsam mit dem Bundesvorsitzenden des Hausärzteverbandes Ulrich Weigelt und dem Hauptgeschäftsführer Eberhard Mehl.

Damit verstieß Hoffert gegen die im Juni 2009 im BDA beschlossene Satzung und einen Beschluss der Delegierten von 2008, der einen Gremienvorbehalt bei Vertragsabschlüssen vorsieht. Den hatte die Delegiertenversammlung aufgrund einer zurückliegenden Auseinandersetzung um einen AOK/IKK-Vorläufervertrag für künftige Vertragsab-

schlüsse wohlweislich beschlossen, nach Informationen des KV-Blattes seinerzeit sogar mit der Stimme des Vorsitzenden selbst. Umso pikanter erscheint nun, dass der Vorsitzende die zwei bereits unterschriebenen Verträge gleichsam rückwirkend von seinen Delegierten abnicken lassen wollte.

Hoffert selbst begründet sein Vorgehen auf Rückfrage der Redaktion damit, dass er sich unter größtem Zeitdruck sah. Er fühlte sich den 50 % Kollegen verpflichtet, die den BDA mandatiert haben, zeitgerecht einen Vertrag auf die Beine zu stellen. Er fürchtete, dass dies im Falle einer Nicht-Beschlussfähigkeit oder einer Ablehnung der DV am 3. März nicht gelingen könnte und sah sich hier unter Haftungsdruck. Ein Abwarten des DV-Votums hätte das Zustandekommen um ein weiteres Quartal verzögert. Dass sein Alleingang für ihn einem berufspoliti-

schen Super-GAU gleichkommt, sei ihm „egal“. „Mich interessiert das Ergebnis für Berlins und Brandenburgs Hausärzte. Ob mich das den Kopf kostet, ist mir wurscht.“, sagte er BERLINER ÄRZTE.

Als die Verträge der Delegiertenversammlung am 3. März 2010 vorgelegt wurden, war sie nicht beschlussfähig, es kam jedoch absehbar zu einer entsprechend hitzigen Debatte. Auf einer Vorstandssitzung zwei Tage zuvor war herausgekommen, dass die Tinte unter den Verträgen bereits trocken ist. Die Delegierten waren also im Bilde, dass das Abstimmungsergebnis nicht mehr zählt, was zu entsprechenden Reaktionen führte.

Auf der Folge-DV am 7. April wurden beide Verträge rückwirkend abgelehnt. Der Hausarztvertrag mit 20 zu 14 Stimmen bei einer Enthaltung, der Vertrag der Signal Iduna bis auf eine Ja-Stimme ebenfalls.

Der mehrheitlichen Aufforderung zum Rücktritt kam Hans-Peter Hoffert jedoch nicht nach. Er sehe sich vielmehr in der Pflicht, bis zum Auslaufen der Legislaturperiode am 2. Juni 2010 seine Aufgaben zuende zu führen. Die Vertragspartner bräuchten schließlich einen Ansprechpartner. Am Tag der konstituierenden Sitzung der gerade neu gewählten Delegiertenversammlung finden dann auch die Wahlen zum neuen Vorstand statt.

Bereits Anfang März legte Vorstandsmitglied Annette Nießing aus Protest über das Vorgehen Hofferts ihr Amt nieder. Wenig später folgte Dr. med. Charles Woyth und am 7. April auch Schriftführer Stephan Bernhardt. BERLINER ÄRZTE sprach mit ihm über die Hintergründe (siehe Interview auf der gegenüberliegenden Seite).



INTERVIEW

mit Stephan Bernhardt über seinen Rücktritt aus dem Vorstand des BDA Berlin-Brandenburg

Herr Bernhardt, warum sind Sie zurückgetreten?

Ich habe mir diese Entscheidung nicht leicht gemacht. Aber der Alleingang unseres Vorsitzenden und die nicht vorhandene Unterstützung bei der Klärung vieler offener wesentlicher Fragen des übrigen Vorstandes zum AOK/IKK-Vertrag haben mein Vertrauensverhältnis zunächst erschüttert und dann nachhaltig zerstört. Insbesondere als sich abzeichnete, dass die Delegierten am 7.4. nicht ausführlich und umfänglich über mögliche haftungs- und datenschutzrechtliche Probleme informiert werden sollten, habe ich mir gesagt: Jetzt reicht's!

War der Vorstand denn im Vorfeld der Unterzeichnung durch Hoffert über den Vertrag informiert?

Nein, der Vorstand hatte erst am Tag nach der Unterzeichnung des Vertrages die Vertragsunterlagen erhalten. Die Delegierten hatten bis zur Delegiertenversammlung am 3. März 2010 keinerlei Originaltext in die Hände bekommen, erst dort bekamen sie den Vertrag, es fehlten jedoch zum Teil wesentliche Anlagen. Sogar noch auf der Vorstandssitzung zwei Tage vor der DV wurden wir lediglich mit einer zusammenfassenden Power-Point-Präsentation informiert.

Schließlich stellte sich auf dieser Vorstandssitzung auch noch heraus, dass der Vertrag schon unterschrieben war. Da kam es zum ersten Eklat.

War denn ausschließlich Dr. Hoffert in diese Vertragsverhandlungen eingebunden?

Nein, ursprünglich hatten Dr. Schwowchow und ich den Auftrag zur Verhandlung erhalten. Wir hatten hiermit bereits im Frühjahr 2009 begonnen. Vieles, was im Vorgängervertrag mit der IKK/AOK nachteilig war, wollten wir im neuen Vertrag positiv verändern. Im Laufe der Zeit schaltete sich auch Dr. Hoffert als Vorstandsvorsitzender ein. Ich fiel im Januar 2010 wegen einer Krankheit einige Wochen aus und war deshalb in die Verhandlungen nicht mehr wirklich involviert. Aber von der Vorab-Vertragsunterzeichnung durch Dr. Hoffert wussten wir bis zur Vorstandssitzung am 01.03.2010 nichts. Er hatte uns nicht informiert. Das erwischte uns daher völlig überraschend.

Hatte Sie Herr Dr. Hoffert an seinen Überlegungen teilhaben lassen, dass es berufspolitisch und juristisch schwierig werden könnte, wenn sich der Start durch den Gremienvorbehalt um ein weiteres Quartal verschiebt?

Wir haben das Thema „Zeitdruck“ schon oft diskutiert. Doch der Altvertrag war ja bereits zweimal ausgelaufen und wieder verlängert worden. Die von Hoffert offenbar wahrgenommene Dringlichkeit hat er nicht zum Thema gemacht. Weder versuchte er, Gremiensitzungen vorzuverlegen, noch mit uns andere Lösungen zu beraten, wie man einen Vertragsabschluss unter Vorbehalt organisieren könnte.

Herr Bernhardt, wir danken Ihnen für das Gespräch.

Die Fragen stellte Sybille Golkowski.

Streit um Vertreterversammlung der Ärzteversorgung

Zum Verhältnis zwischen Ärztekammer Berlin und Kammeraufsicht

Entgegnung zu „Wie viel Demokratie für die Berliner Ärzteversorgung erlaubt der Berliner Senat“, Beitrag von Dr. Wille in: BERLINER ÄRZTE, Heft 2/2010 von Dr. Benjamin-Immanuel Hoff



Foto: SenGes

In der Februar-Ausgabe setzte sich der ÄKB-Vizepräsident Dr. Wille mit den Versorgungswerks-Regelungen in § 4 b Abs. 5 Satz 5 Kammergesetz Berlin auseinander. Dem Abgeordnetenhaus und dem Senat warf er undemokratisches Verhalten vor und verteidigte zugleich die beharrliche Weigerung der ÄKB, die seit 2006 geltenden Regelungen umzusetzen. Dies veranlasst zu einer Entgegnung.

Die ÄKB ist delegierte staatliche Gewalt und hat sich als Körperschaft dem Willen des Gesetzgebers zu unterwerfen. Nur so ist die Zwangsmitgliedschaft in der Kammer zu legitimieren. Das Parlament setzt den Gesetzesrahmen, in dem sich die ÄKB bewegen kann – nicht umgekehrt. Das Verhältnis zwischen Kammer und Aufsicht ist kooperativ-subsidiär, d. h. die Aufsicht unterstützt die ÄKB bei der möglichst eigenständigen Aufgabewahrnehmung. Bürgerschaftliches Engagement ist zu fördern, die ehrenamtlich tätigen Berufsträger nicht zu gängeln bzw. an der kurzen Leine zu halten. Diese Prinzipien finden ihre Grenzen in der Gewährleistung des Rechtsstaatsprinzips (Art. 20 Abs. 3 GG). Die Aufsicht

dient der Rechtsbeachtung durch vom Staat verselbständigte Verwaltungseinheiten. Was heißt dies für die Versorgungswerks-Regelungen? Alle anderen Heilberufskammern mit Versorgungswerken haben das Kammergesetz umgesetzt. Die ÄKB hat legitimerweise die von ihr kritisierte gesetzliche Regelung verfassungsrechtlich überprüfen lassen.

Der Landesverfassungsgerichtshof hat am 4.03.2009 entschieden: Die Verfassungsbeschwerden seien zulässig aber unbegründet (sic!). Die Beschwerdeführer seien weder in ihren Rechten aus Art. 19 Abs. 1 der Verfassung von Berlin noch in ihren Rechten aus Art. 10 Abs. 1 VvB verletzt. Die Entscheidung des Gesetzgebers sei willkürfrei, für sie bestünden sachlich einleuchtende Gründe (VerfGH 96/07, S. 17ff.): „Der Gesetzgeber hat (...) die Teilrechtsfähigkeit der Versorgungseinrichtungen der Heilberufskammern gestärkt. (...) Die gesetzgeberische Einschätzung, dass das Ziel einer rechtlichen Verselbständigung der Versorgungseinrichtungen sowohl organisatorisch im Innenverhältnis als auch im Außenverhältnis dadurch untermauert wird, dass die im weiteren Sinne geschäftsführenden Organe nicht mit den gleichen Personen besetzt sind, ist nachvollziehbar.“ (S. 22).

Wenn nun Dr. Wille dem Gesetzgeber mangelndes Demokratieverständnis vorwirft und die Aufsichtsbehörde kritisiert, ist dies nicht nachvollziehbar. Laut LVerfGH ist die Schaffung einer Organstruktur für das Versorgungswerk durch Vertreterversammlung und Verwal-

tungsausschuss kein „Bruch der demokratischen Legitimationskette“. Aber es untergräbt das Vertrauen in die ÄKB, wenn Gesetze auch nach einer Bestätigung durch den LVerfGH kammerseitig ignoriert werden. Hätte der LVerfGH dem Gesetzgeber aufgegeben, das Gesetz zu ändern, wäre er dieser Aufforderung selbstredend nachgekommen. Diese Selbstverständlichkeit gilt auch für die ÄKB. Deshalb ist es keine Gängelung sondern Aufgabe der Senatsgesundheitsverwaltung als Aufsichtsbehörde, mit einem Bescheid gegen Regelungen der Ärztekammer tätig zu werden, die die gesetzlichen Regelungen untergraben. Um Zeit zu gewinnen macht die ÄKB weiterhin geltend, das Gesetz sei verfassungswidrig und

sie dürfe es nicht umsetzen. Diese Frage ist jedoch bereits entschieden – vom Verfassungsgericht. Die ÄKB sollte akzeptieren, dass auch und gerade sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts an Recht und Gesetz gebunden ist. Im Sinne des kooperativ-subsidiären Verhältnisses, das ansonsten zwischen ÄKB und Aufsicht gepflegt wird und zur Aufrechterhaltung der Legitimation gegenüber ihren (Zwangs-)Mitgliedern.

Dr. Benjamin-Immanuel Hoff

(*1976) ist Staatssekretär in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

(Die Langfassung dieses Textes finden Sie unter: <http://www.benjamin-hoff.de>)

Medizinische Fachangestellte

MUT stellt überbetriebliche Ausbildung vor



Foto: S. Rudat

Die MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH hat am 1. April ihre neuen Räume für die überbetriebliche Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten vorgestellt.

Zur Vorstellung waren neben MUT-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern Vertreter der Ärztekammer Berlin anwesend (u.a. Vorstandsmitglied Dr. med. Regine Held und Kammergeschäftsführer Michael Hahn). Die extra angemieteten Räume unweit des MUT-Geschäftssitzes in der Rudolfstraße in Friedrichshain bieten den Auszubildenden alle Möglichkeiten, ihre Ausbildung sinnvoll zu ergänzen. Angeboten werden beispielsweise eine simulierte Anmeldung mit Wartezimmer, Geräte zur Sterilisation und Lungendiagnostik oder eine OP-Tisch-Vorbereitung. Darüber hinaus können die Auszubildenden Blut abnehmen oder Wunden nähen üben. Auch Telefontraining steht auf dem Programm. Täglich besuchen laut Teamleiterin Kerstin Pidde rund 20 Teilnehmerinnen die neue Ausbildungsstätte.

Streit um Vertreterversammlung der Ärzteversorgung

„Ruhe ist die erste Bürgerpflicht“ Erwiderung von Dr. med. Günther Jonitz



Foto: Stiebitz

Demokratie ist die Ausübung der Staatsgewalt durch die Bürgerinnen und Bürger eines Landes. Nicht die Regierung hält sich ein Volk, sondern ein Volk bestimmt, wie viel Gewalt an die staatlichen Organe abgegeben wird. Daraus entstehende Konflikte werden entweder im Konsens, politisch oder auf dem Wege des Rechtsstaates gelöst.

Auf die Äußerung des Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, Herrn Dr. Wille, in BERLINER ÄRZTE 02/2010 geht der Staatssekretär Dr. Hoff leider nur formal und nicht inhaltlich ein. Die im Berliner Kammergesetz vorgenommene Ämterkollisionsklausel nur für die Mitglieder der Vorstände der Heilberufekammern gilt aber beispielsweise nicht für die Mitglieder des Vorstandes der Architektenkammer Berlins. Dies mag vom Verfassungsgericht als legitim angesehen werden. Inwieweit eine solche Entscheidung mit dem Rechtsempfinden in Einklang steht, möge sich jeder selbst überlegen. Und selbstverständlich stellt es eine partielle Entmündigung der Mitglieder der Berliner Ärztekammer und der

Berliner Ärzteversorgung dar, wenn diese nicht mehr direkt über die rechtlichen Bestimmungen ihres Versorgungswerks und dessen Organe abstimmen, sondern die jeweiligen Listensprecher der Delegiertenversammlung der Ärztekammer qua Reihung der möglichen Kandidaten die Mitglieder für eine Vertreterversammlung der Ärzteversorgung vorbestimmen und dieses eigenständige Parlament einer unmittelbaren Kontrolle durch die Wahlberechtigten Ärztinnen und Ärzte entzieht. Zur Neuregelung im Berliner Kammergesetz hat sich der Verfassungsgerichtshof von Berlin nicht geäußert. Die Frage ist also nicht, wie der Herr Staatssekretär vorträgt, „eindeutig entschieden“.

Aus diesem Grund lässt die Ärztekammer Berlin die rechtlich umstrittene Wahlordnung einer eigenständigen Vertretung der Berliner Ärzteversorgung von einem Gericht überprüfen, dessen Richter nicht durch die Fraktionen der jeweiligen Regierungsparteien bestimmt werden. Der Staatssekretär schreibt wörtlich: „Die ÄKB ist delegierte staatliche Gewalt und hat sich als Körperschaft dem Willen des Gesetzgebers zu unterwerfen.“ „Unterwerfung“ ist ausdrücklich nicht Sinn und Zweck einer Ärztekammer oder einer anderen Körperschaft. Im Medizinaledikte des Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm I im Jahre 1685 (!) ist dieser Zweck unter den Vorzeichen der Gemeinwohlbindung und der besseren Problemlösungskompetenz festgelegt. Die Ärztekammer hat damit

primär einen Auftrag gegenüber der Patientenversorgung auf dem Wege der Aufsicht und Führung über den ärztlichen Berufsstand. Selbstverständlich ist die Ärztekammer Berlin wie alle Staatsgewalt an Gesetz und Recht gebunden. „Unterwerfung“ widerspricht jedoch nicht nur ihrem Selbstverständnis, der Begriff ist dem bundesdeutschen Verfassungsverständnis gänzlich fremd.

Zum Verfassungskonsens der Bundesrepublik gehört auch die Bindung des Gesetzgebers an die verfassungsmäßige Ordnung, d. h., auch seine Entscheidungen unterliegen der Überprüfung. Durch den jetzt juristischen Konflikt wird ein Prozess nachgeholt, der sinnvollerweise im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens hätte stattfinden können. Leider hat die damalige Regierungsmehrheit im Abgeordnetenhaus eine solche Beteiligung nicht nur nicht gewollt, sondern aktiv verhindert. Bei der parlamentarischen Befassung im Gesundheitsausschuss der Neunten Kammergesetznovelle wurde der Antrag, dem Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Berliner Ärzteversorgung und ausgewiesenen Kenner der Materie(!), Herrn Dr. Wille, das Rederecht zu erteilen mit Mehrheit der Rot-Roten-Koalition abgelehnt. Offensichtlich hat die politische Grundhaltung der „Unterwerfung unter staatliche Gewalt“ eine gewisse Systematik.

Da auch sämtliche Versuche, den bestehenden Konflikt einvernehmlich und sachdienlich zu klären, auch unter neuer Führung der Senatsverwaltung für Gesundheit gescheitert sind, bleibt der Ärztekammer Berlin leider nur der Rechtsweg.

Auf dem Boden der dort gefällten Urteile wird man seine Konsequenzen ziehen. Dies gilt für beide Beteiligte.

Als Senatsverwaltung für Gesundheit und als Ärztekammer haben wir einen gemeinsamen Auftrag, nämlich den der Förderung und Aufrechterhaltung einer hochwertigen Versorgung der Berliner Bürgerinnen und Bürger und der Gäste unserer Stadt.

Diese erwarten von den Einrichtungen, die für die Patientenversorgung Verantwortung tragen, dass sie konstruktiv zusammenarbeiten und sich nicht gegenseitig in Rechtsstreitigkeiten verwickeln. Der beste Weg dazu ist es, sich rechtzeitig und kontinuierlich über gemeinsam wahrgenommene Probleme zu verständigen und Lösungsvorschläge gemeinsam zu erarbeiten. Dies erfordert bei allem Selbstverständlichen Respekt gegenüber den unterschiedlichen hoheitlichen Aufgaben vor allem die Bereitschaft, sich auf die Meinung anderer, auch anders Denkender einzulassen und nicht nur anzuhören (was bereits bei der Neunten Kammergesetznovelle strikt vermieden wurde), sondern zuzuhören. An einer gegenseitigen Wertschätzung soll es von Seiten der Ärztekammer Berlin nicht fehlen.

Die Ärzteschaft in Berlin ist seit Jahrzehnten, spätestens seit Rudolf Virchow, dafür bekannt, dass sie in der Sache aufrichtig und engagiert und im politischen Verhalten souverän ist. Dies ist keine Bedrohung für eine Regierung in Berlin, sondern eine Chance.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer
Berlin

Häufigkeit

des Schlaganfalles

Der Schlaganfall stellt einer der häufigsten vaskulären Erkrankungen dar. Basierend auf den Daten des Erlanger Schlaganfall Registers ereignen sich in Deutschland jährlich circa 200.000 erstmalige Schlaganfälle (1). Überträgt man diese Schätzungen auf die Altersstruktur der Berliner Bevölkerung ist derzeit mit etwa 7.000 neuen Schlaganfallpatienten pro Jahr in Berlin zu rechnen. Hinzu kommen noch basierend auf den Ergebnissen regionaler Qualitätsprojekte circa 2.600 Patienten mit einem wiederholten Schlaganfall. Somit ist jährlich von circa 10.000 Patienten mit Schlaganfall in Berlin auszugehen. Der Schlaganfall ist eine Erkrankung des hohen Alters, etwa die Hälfte aller erstmaligen Schlaganfälle ereignen sich bei Personen über 73 Jahre (2). Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung wird bei gleichbleibenden Neuerkrankungsraten die Absolutzahl an Schlaganfallpatienten in den nächsten Jahrzehnten steigen. Hochrechnungen der WHO zufolge nimmt in EU Ländern die Anzahl erstmaliger Schlaganfälle von ca. 1,1 Million im Jahre 2000 auf ca. 1,5 Million im Jahre 2025 zu (3). Die altersstandardisierten Inzidenzraten des Schlaganfalles sind bei Männern höher als bei Frauen, aufgrund der höheren Lebenserwartung erleiden jedoch in Absolutzahlen mehr Frauen als Männer einen Schlaganfall (4). Aus anderen Ländern gibt es Hinweise darauf, dass die Neuerkrankungsrate des Schlaganfalles in bestimmten Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel Personen mit Migrationshintergrund, erhöht ist (siehe Artikel Neuköllner Schlaganfall Studie, S. 21) (5).

Outcome nach Schlaganfall In Deutschland ist der Schlaganfall nach Herz- und Krebserkrankungen mit circa 8% aller Todesfälle die dritthäufigste Todesursache. In Berlin wurden in der Todesursachenstatistik im Jahre 2007 bei etwa 1450 Todesfälle ein Schlaganfall als Todesursache angegeben (ICD I60-I69) (6). Die akute Krankenhaussterblichkeit nach Schlaganfall beträgt circa 5% (7). Innerhalb des ersten Monats nach erstmaligem Schlaganfall versterben nach internationalen Studien circa 20 bis 30% der Patienten (8). Der Schlaganfall ist die häufigste Ursache erworbener Behinderung im Erwachsenenalter. Basierend auf den Daten des Erlanger Schlaganfall Registers weisen circa 25% der überlebenden Patienten drei Monate nach erstmaligem Schlaganfall schwere Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf (9). Derzeit liegen nur sehr wenige Daten zum Outcome von Schlaganfallpatienten in Berlin vor.

Versorgung von Schlaganfallpatienten Seit einigen Jahren stehen eine Reihe von effektiven Maßnahmen in der Akutbehandlung des Schlaganfalles zur Verfügung, wie zum Beispiel der Stroke Unit Behandlung oder der Thrombolyse nach Hirninfarkt. Viele dieser Maßnahmen können nur in einem definierten Zeitfenster angewandt werden oder sind besonders effektiv, wenn Sie frühzeitig begonnen werden (10). Aus diesem Grund ist der Schlaganfall ein medizinischer Notfall, der eine schnelle diagnostische Abklärung sowie ggf. geeignete Therapie im Krankenhaus erfordert (siehe Artikel „Berlin gegen den Schlaganfall“, S. 22). Zudem muss frühzeitig eine medikamentöse und lebensstilbezogene Sekundärprävention initiiert und langfristig fortgeführt werden (siehe Artikel „Intensivierte Sekundärprävention nach TIA und leichtem Schlaganfall“, S. 22). Es gibt auch deutliche Hinweise auf den positiven Einfluss frühzeitig einsetzender Rehabilitationsmaßnahmen auf den weiteren Verlauf der Erkrankung. Seit 2007 stehen im Rahmen des Berliner Schlaganfallregisters (BSR) umfangreiche Daten zur Qualität der akutstationären Behandlung bereit (siehe Artikel Berliner Schlaganfall Register, S. 16). Derzeit werden Standards für eine einheitliche Dokumentation der Qualität der ambulanten/ teilstationären und stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten in Berlin entwickelt (siehe Artikel „Was kennzeichnet eine gute Rehabilitation nach Schlaganfall?“, S. 23). Zudem gibt es im Rahmen der Berliner Schlaganfall Allianz eine Reihe von Initiativen die Langzeitversorgung von Schlaganfallpatienten im Berliner Raum weiter zu verbessern (siehe Artikel „Berliner Schlaganfall Allianz“).

EPIDEMIOLOGIE DES SCHLAGANFALLES IN BERLIN

Von Prof. Dr. Peter U. Heuschmann, Prof. Dr. Matthias Endres und Prof. Dr. Ulrich Dirnagl

ANFALL IN BERLIN

Das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin

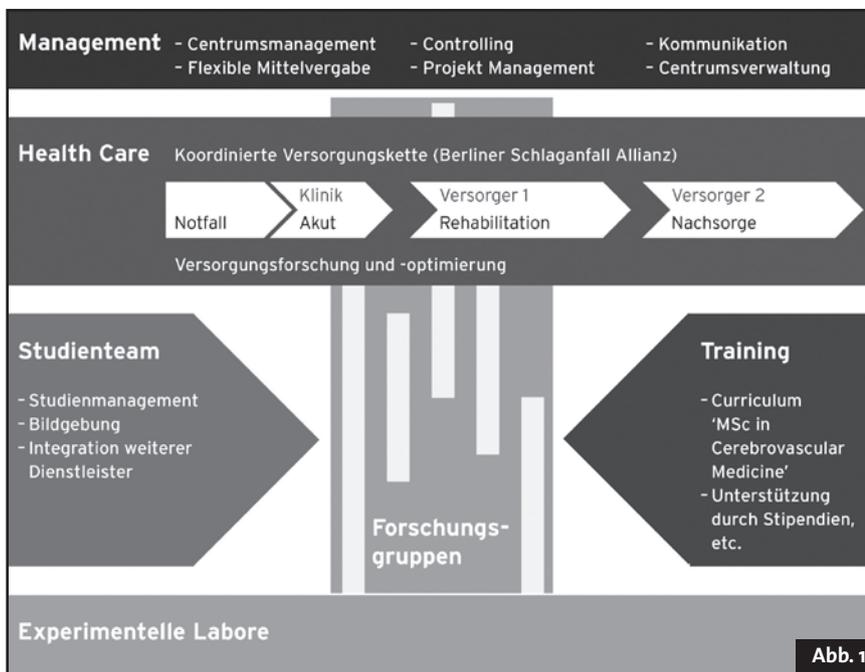
Das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin (CSB) wird seit Juni 2008 als integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Dieses neue interdisziplinäre Konzept unter Federführung der Charité wird durch das BMBF zunächst über fünf Jahre gefördert, um durch ein integratives Miteinander von Grundlagenforschung, klinischer Forschung, Kranken-

versorgung sowie Versorgungsforschung zum Krankheitsbild Schlaganfall, ein attraktives Umfeld für klinische Spitzenforschung zu schaffen und die hohe Qualität der patientenorientierten Forschung zu gewährleisten. Im Rahmen des CSB soll der effektive Transfer von neuen Konzepten in Therapie und Diagnostik des Schlaganfalls aus der Grundlagenforschung in die klinische Forschung sichergestellt sowie die Umsetzung der Ergebnisse klinischer Studien in den klinischen Alltag verbessert werden. Um die Ziele des CSB zu erreichen, bringt das CSB eine



Reihe ineinandergreifende Maßnahmenbündel als innovative Module auf den Weg (siehe Abbildung 1). Im Mittelpunkt dieser Maßnahmenbündel stehen die Forschungsgruppen und ihre Projekte. Insgesamt wurden im Rahmen des CSB sieben neue Professuren berufen. Diese und bereits existierende Forschungsgruppen betreiben krankheitsorientierte Grundlagenforschung, klinische Forschung und Versorgungsforschung zu schlaganfallrelevanten Fragestellungen. Darüber hinaus gibt es weitere zentrale Module wie zum Beispiel experimentelle Labore, das Studienteam sowie die Bereiche Health Care und Management. Im Oktober 2009 wurde zudem ein berufsbegleitender Masterstudiengang Cerebrovascular Medicine am CSB eingerichtet (www.masterstroke.de). Das CSB befasst sich nicht nur mit der Akutphase des Schlaganfalls, sondern sieht den Schlaganfall auch als chronische Erkrankung. Diesen Ansatz verfolgt insbesondere die im Jahr 2009 initiierte Berliner Schlaganfall-Allianz (siehe Artikel „Berliner Schlaganfall Allianz“).

Weitere Informationen zum Centrum für Schlaganfallforschung Berlin finden Sie unter: www.schlaganfallzentrum.de.



Literatur

- Kolominsky-Rabas PL, Heuschmann PU. [Incidence, etiology and long-term prognosis of stroke]. *Fortschr.Neurol.Psychiatr.* 2002;70(12):657.
- Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. *Stroke.* May 2009;40(5):1557-1563.
- Truelsen T, Piechowski-Jozwiak B, Bonita R, et al. Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. *Eur.J.Neurol.* 2006;13(6):581.
- Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. *Lancet Neurol.* 2008 Oct;7(10):915-26.
- Heuschmann PU, Grieve AP, Toschke AM, et al. Ethnic group disparities in 10-year trends in stroke incidence and vascular risk factors: the South London Stroke Register (SLSR). *Stroke.* 2008;39(8):2204.
- Todesursachenstatistik 2007 (www.statis.de)
- Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Misselwitz B, et al. Predictors of in-hospital mortality and attributable risks of death after ischemic stroke - The German Stroke Registers Study Group. *Archives of Internal Medicine.* 2004;164(16):1761.
- Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, et al. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol.* Apr 2009;8(4):355-369.
- Ward A, Payne KA, Caro JJ, et al. Care needs and economic consequences after acute ischemic stroke: the Erlangen Stroke Project. *European Journal of Neurology.* 2005;12(4):264.
- Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008. *Cerebrovasc.Dis.* 2008;25(5):457.

Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung

DAS BERLINER SCHLAGANFALL-REGISTER

Von PD Dr. med. Hans-Christian Koennecke und Dr. med. Georg Walter

Im September 2006 konstituierte sich aus der Arbeitsgemeinschaft neurologischer Kliniken mit Stroke Unit die an der Ärztekammer angesiedelte Berliner Schlaganfallkommission, die mittlerweile 14 Mitglieder hat und somit alle Stroke Units in Berlin (mit derzeit 74 Behandlungspätzen) umfasst. Von den 14 Standorten sind gegenwärtig 7 nach den Kriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifiziert, weitere 3 werden voraussichtlich noch in 2010 zertifiziert. Voraussetzungen für diese Zertifizierung sind, neben der neurologischen Schlaganfallexpertise, v.a. strukturelle, personelle und apparative Merkmale.

Ende 2006 traten die Mitglieder der Schlaganfallkommission als Berliner Schlaganfall-Register (BSR) der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) bei, in der bereits seit mehreren Jahren Daten zur Akutversorgung des Schlaganfalls erhoben werden. Grundlage ist ein einheitlicher Datensatz, der Informationen zu den Bereichen Prähospitalphase, klinischer Schweregrad, akute Diagnostik und Therapie, Komplikationen und frührehabilitative Maßnahmen erfasst. Primäres Ziel ist dabei die Erhebung von Parametern zur Struktur- und Prozessqualität. Zudem erhalten die teilnehmenden Kliniken die Möglichkeit zum Vergleich untereinander sowie überregional.

In Berlin begann die systematische Datenerhebung im Rahmen des BSR an 13 Standorten im Frühjahr 2007. Erfasst werden alle Patienten, die aufgrund einer innerhalb der letzten 7 Tage erlittenen TIA, eines Hirninfarktes oder einer Hirn- oder Subarachnoidablutung in einer der Kliniken behandelt wurden. Die Dokumentation erfolgt an allen Standorten EDV-basiert.

Vergleich wichtiger Parameter zur prä- und intrahospitalen Logistik und Therapie			
Parameter	2007 %	2008 %	2009 %
Intervall Ereignis bis Aufnahme ≤ 3 Stunden	29,7	29,8	31,4
Erste cerebrale Bildgebung innerhalb von 60min nach Eintreffen	37,2	54,0	61,0
Thrombolyse (bezogen auf alle Patienten mit Hirninfarkt)	6,3	7,2	10,3
Thrombolyse bei Pat. mit Aufnahme binnen 3h nach Symptombeginn	22,7	24,7	32,7
Tür-Nadel-Zeit ≤ 60 min bei systemischer Thrombolyse	47,9	56,5	66,3
Extrakranielle Hirngefäßdiagnostik	89,9	92,1	93,5
Intrakranielle Gefäßdiagnostik	71,7	79,0	87,2
Anteil bei Aufnahme schwer Betroffener (Rankin 3-5)	53,7	54,3	56,1
Anteil bei Entlassung schwer Betroffener (Rankin 3-5)	33,3	32,8	33,5
Komplikationen (Pneumonie, Hirndruck, ...)	17,7	17,4	14,5
Mortalität (alle Pat.)	3,9	4,9	4,2
Entlassung nach Hause oder in Reha-Klinik (Hirninfarkt)	72,1	78,5	81

Bei anfangs noch inkompletter Teilnahme aller Kliniken konnten für das Jahr 2007 bereits die Daten von 5.659 Patienten ausgewertet werden.

In 2008, dem ersten Jahr mit kompletter Datenerhebung, wurden 7.205 Fälle dokumentiert, im Jahr 2009 waren es 7.859. Bei einer jährlichen Inzidenz von ca. 8500-9000 bedeutet dies, dass etwa 85-90% der Schlaganfälle in Berlin in einer Stroke Unit behandelt wurden.

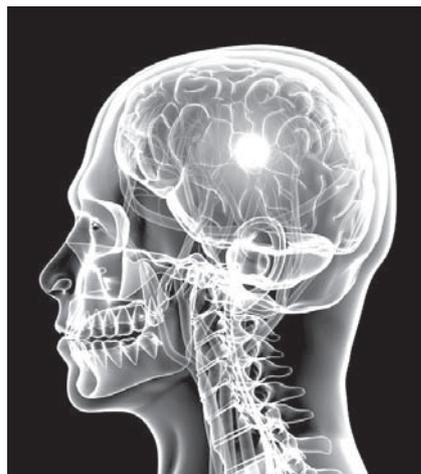
Bei etwa 90% der dokumentierten Fälle (medianes Alter 73 Jahre) handelt es sich um cerebrale Ischämien (20% TIA, 80% Hirninfarkte). Da parenchymatöse Hämorrhagien und aneurysmatische Subarachnoidalblutungen oft primär neurochirurgisch behandelt werden, sind diese im Verhältnis zur tatsächlichen Inzidenz unterrepräsentiert. Die mediane Verweildauer im Krankenhaus lag bei 7 Tagen. Den zwischenjährigen Vergleich einiger wichtiger Kennzahlen 2007 bis 2009 zeigt die Tabelle links.

Die Zahlen belegen, dass im Bereich der intrahospitalen Logistik (erste Bildgebung, Tür-Nadel-Intervall bei Lyse) im zeitlichen Verlauf deutliche Verbesserungen erreicht wurden. Auch der Anteil lysierter Patienten stieg relativ um mehr als 50 Prozent. Zudem konnten, trotz eines höheren Anteils initial schwerer

Betroffener, im Vergleich mehr Patienten nach einem Hirninfarkt nach Hause oder in eine Reha-Klinik entlassen werden. Die intrahospitale Sterblichkeit lag mit ca. 4% (2007-2009) in dem auch aus anderen Registern berichteten Bereich.

Seit Ende 2008 besteht eine Vereinbarung mit der Berliner Feuerwehr, nach der Patienten mit einem akuten Schlaganfall nur noch in eine der 14 Stroke Units gebracht werden sollen. Die gestiegene Lyserate und der im Verlauf höhere Anteil innerhalb von 3 Stunden eingelieferter Patienten sind vermutlich erste Hinweise auf einen positiven Effekt dieser Ab-sprache.

Anfang 2009 wurde eine Kooperation mit der Berliner Schlaganfall-Allianz (BSA), einer Einrichtung des Centrums für Schlaganfallforschung Berlin (CSB) der Charité, initiiert und durch Kooperationsverträge mit dem BSR sowie den einzelnen Kliniken auch formalisiert. Hierdurch bietet sich die Möglichkeit einer wissenschaftlichen Auswertung der gesammelten Daten, die aufgrund des gut definierten Einzugsbereiches und der nahezu vollständigen, einheitlichen Erfassung auch im internationalen Vergleich als qualitativ hochwertig gelten. Erstes gemeinsames und vom CSB finanziell gefördertes Projekt ist ein 3-Monats Follow-up zum funktionellen



Outcome der im Register dokumentierten Patienten, welches zentral von der BSA (Prof. Dr. Peter Heuschmann) koordiniert wird. Weitere Projekte sind in der Vorbereitungsphase. Darüber hinaus werden sich die Mitglieder des BSR an der Aktion „Berlin gegen den Schlaganfall“ (s. Kasten S. 22) beteiligen.

Sprecher des Berliner Schlaganfall-Registers

Priv.-Doz. Dr. Hans-Christian Koennecke
Chefarzt der Kliniken für Neurologie an den Vivantes Klinika im Friedrichshain und Am Urban, 030-130 23 1483
hans-christian.koennecke@vivantes.de

Dr. Georg Walter
Oberarzt der Klinik für Neurologie am Vivantes Klinikum Spandau
030- 130 13 2681; georg.walter@vivantes.de

BERLIN gegen den *Schlaganfall*



Besser verstehen, wirksamer behandeln – DIE BERLINER SCHLAGANFALL-ALLIANZ

Von Prof. Andreas Meisel, Dr. Corinna Pelz und Meike Sieveking



Die Mitglieder der Berliner Schlaganfall-Allianz

Die Berliner Schlaganfall-Allianz (BSA), ein Verbund von mehr als 40 Schlaganfallversorgern in Berlin und angrenzenden Teilen Brandenburgs, wurde auf Initiative des Centrums für Schlaganfallforschung Berlin (CSB) im Jahr 2009 gegründet. Die beiden Hauptziele des Netzwerks sind die Verbesserung der Schlaganfallversorgung und die Durchführung von patientenorientierten Forschungsprojekten. Um ein abgestimmtes, spezifisches Versorgungsangebot für Schlaganfallpati-

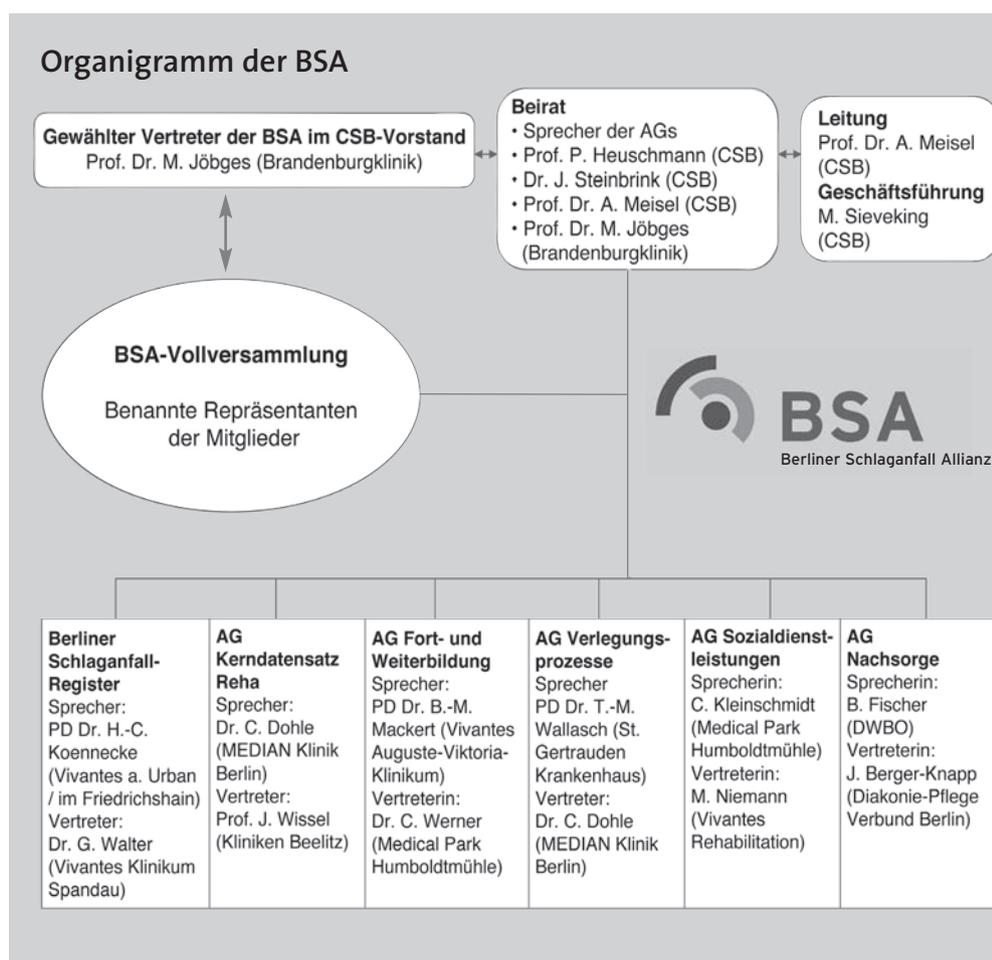
enten bereitzustellen, haben sich mehr als 40 Einrichtungen in der Berliner Schlaganfall-Allianz zusammengeschlossen. Die Mitglieder kommen aus allen Bereichen der Schlaganfallversorgung: Akutbehandlung, Rehabilitation und Nachsorge. Außerdem sind weitere, eng mit dem Thema Schlaganfall verbundene Institutionen und Organisationen, zum Beispiel der Berliner Landesverband der Schlaganfallselbsthilfe (LVSB e.V.) oder das Berliner Schlaganfall-Register, assoziiert.

Neue Konzepte für die Versorgung von Schlaganfallpatienten

Ziel der BSA ist es, eine messbare Verbesserung der Schlaganfallprävention, Behandlung, Rehabilitation und Reintegration der Patienten zu erreichen. Dazu ist eine enge Vernetzung der Schlaganfallversorger notwendig. Durch eine aufeinander abgestimmte Versorgungskette soll eine effizientere Behandlung

ermöglicht werden. Beginnend in der Notfall- und Akutphase, in der jede vergebene Minute den unwiederbringlichen Verlust von Nervenzellen bedeuten kann, ist eine koordinierte Versorgung im Rettungsdienst, auf der Rettungsstelle und auf den Stroke Units lebenswichtig. Ein Drittel der Patienten benötigt eine neurologische (Früh-) Rehabilitation, die nach der Akutbehandlung ohne Verzögerung in einer spezialisierten Einrichtung erfolgen sollte. Danach ist häufig eine Fortsetzung der individualisierten Behandlung mit dem Ziel der Reintegration notwendig. Je nach Grad der Einschränkung und des persönlichen Umfelds können die Betroffenen in ihrer häuslichen Umgebung, in speziellen Wohnangeboten oder in Tagesbetreuungseinrichtungen behandelt werden. Schwer pflegebedürftigen Patienten bleibt die Betreuung im häuslichen Umfeld oder in spezialisierten Pflegeheimen.

Um die Versorgung zu optimieren und den Betroffenen eine lückenlose und qualifizierte Behandlung zukommen zu lassen, haben die Mitglieder der BSA verschiedene Arbeitsgruppen eingerichtet, in denen gemeinsam an der Entwicklung und Umsetzung neuer Konzepte gearbeitet wird. So wird durch die AG Fort- und Weiterbildung ein umfassendes schlaganfallspezifisches Fortbildungsprogramm entwickelt, durch welches die Weiterbildung zum Krankheitsbild Schlaganfall für alle Berufsgruppen und sonstige Personen, die Schlaganfallpatienten behandeln oder pflegen, verbessert wird (s. auch S. 20). Die Arbeitsgruppen „Verlegungsprozesse“, „Nachsorge“ und „Sozialdienstleistungen“ beschäftigen sich mit der Optimierung der Versorgungsabläufe, um insbesondere Probleme an den Schnittstellen zwischen den Einrichtungen zu überwinden. Durch die AG „Kerndatensatz“ wird ein Qualitätsmanagement über die gesamte Versorgungskette etabliert und eine systematische Analyse der Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten im Langzeitverlauf vorgenommen. Hier werden



Modellprojekte in Kooperation mit Kostenträgern zur Evaluation neuer Versorgungsmodelle ansetzen. Neben der Möglichkeit der Durchführung von Forschungsprojekten zur Epidemiologie, erlaubt die Vernetzung auch eine langfristige Nachbeobachtung im Rahmen patientenorientierter klinischer Studien.

Umfassende Beratung im Servicepunkt Schlaganfall

Mit dem Ziel, die Beratung und Unterstützung der Betroffenen und deren Angehörigen in allen Phasen der Erkrankung zu verbessern, wurde mit dem Servicepunkt Schlaganfall die zentrale Beratungsstelle der BSA eingerichtet. Die Schlaganfallberaterinnen des Servicepunkts, die Diplom-Sozialpädagoginnen Petra Knispel und Susanne Zöllner, verstehen sich als Lotsen, die Betroffene

und Angehörige individuell beraten und für sie geeignete Hilfen und Dienste suchen. In Zusammenarbeit mit den Mitgliedseinrichtungen der BSA bieten sie individuelle Beratung in den Sprechstunden sowie eine Informationsreihe mit Vorträgen und Diskussionen rund um den Schlaganfall an. Sie informieren und beraten kostenlos über Möglichkeiten der ambulanten und stationären Rehabilitation und Wiedereingliederung ins Berufsleben, über Angebote der Selbsthilfe sowie über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeangebote. Darüber hinaus unterstützen sie die Betroffenen und Angehörigen bei der Suche nach weiteren Hilfs- und Unterstützungsangeboten.

Weitere Informationen über die BSA finden Sie im Internet unter www.schlaganfall-allianz.de.

Hoher Ausbildungsanspruch in der BERLINER SCHLAGANFALL ALLIANZ

Von Priv.-Doz. Dr. Bruno-Marcel Mackert

Konzepte der Fort- und Weiterbildung

Ein zentrales Ziel der Berliner Schlaganfall-Allianz (BSA) ist, gemeinsam in Berlin höchste Qualität der Schlaganfallbehandlung in allen medizinischen Bereichen, d.h. von der Akutversorgung über die Rehabilitation bis hin zu Nachsorge, sicherzustellen. Deswegen wurde auf die Fort- und Weiterbildung aller beteiligten Berufsgruppen ein besonderes Augenmerk gelegt. Die Arbeitsgruppe Fort- und Weiterbildung der BSA konzipierte vor diesem Hintergrund für die Berufsgruppen Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte sowie für Betroffene und Angehörige ein umfassendes schlaganfallspezifisches Fortbildungsnetzwerk.

Im Jahr 2009 wurden bereits folgende drei Curricula initiiert:

Fortbildungsakademie Schlaganfall – Ärztliches Curriculum,

Fortbildungsakademie Schlaganfall – Curriculum für medizinisches Fachpersonal

Informationsreihe für Patienten und Angehörige.

Im Frühjahr 2010 beginnt ein weiteres Curriculum, in dem die verschiedensten Fertigkeiten, die im Rahmen der Diagnostik und Behandlung von Schlaganfall-Patienten notwendig sind, in Hospitationen perfektioniert werden können. Alle Curricula sind auf jeweils zwei Jahre ausgerichtet und umfassen inhaltlich das gesamte theoretische und praktische Themen-Spektrum der Schlaganfall-Diagnostik und -Therapie von der Akutsituation bis hin zur Nachsorge. Die Curricula sind zwar berufsspezifisch konzipiert, aber auch für Interessierte aus anderen Berufsgruppen offen. Der Lehrkörper besteht aus Spezialisten auf den jeweiligen Fortbildungsgebieten und

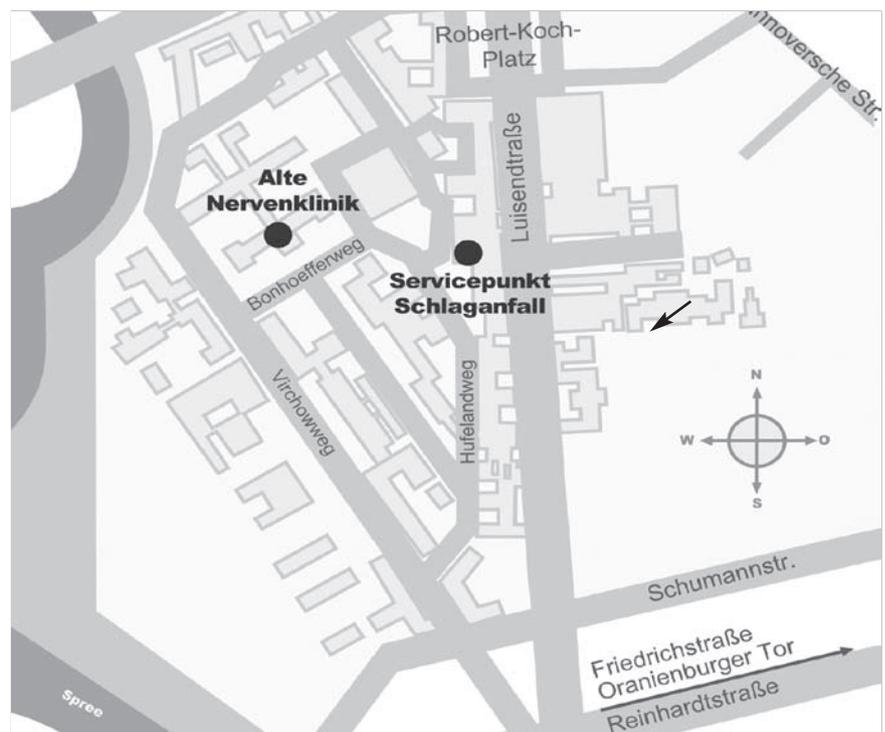
rekrutiert sich aus der Berliner Schlaganfall-Allianz. Alle Mitglieder der BSA bringen sich ehrenamtlich in diese Fortbildungsveranstaltungen ein. Alle Veranstaltungen werden von den Teilnehmern bewertet, die Ergebnisse durch die AG Fort- und Weiterbildung überprüft und den Lehrenden zur Verfügung gestellt. Damit ist eine kontinuierliche Qualitätskontrolle der Lehrveranstaltungen sichergestellt. Das ärztliche Curriculum ist von der Berliner Ärztekammer als ärztliche Fortbildung zertifiziert.

Die Veranstaltungen im Rahmen des Ärztlichen Curriculums finden in der Regel jeweils am letzten Mittwoch im Monat von 18.00 bis 19.30 Uhr im Hörsaal der Alten Nervenlinik, Charite-Campus Mitte statt, die des Curriculums für medizinisches Fachpersonal am jeweils letzten Freitag der ungeraden Monate von 8.00

bis 13.00 Uhr im Seminarraum der Alten Nervenlinik. Betroffene, Angehörige und weitere Interessierte sind jeweils am letzten Dienstag im Monat von 17.00 bis 18.30 Uhr zur Teilnahme an der Informationsreihe für Patienten und Angehörige im Servicepunkt Schlaganfall am Durchgang Luisenstraße 9 am Campus Mitte eingeladen.

Weitere Informationen über das gesamte Fortbildungsprogramm der BSA, die einzelnen Themen und die Termine, finden Sie im Internet unter www.schlaganfall-allianz.de.

Korrespondenzadresse
Priv.-Doz. Dr. Bruno-Marcel Mackert
(für die AG Fort- und Weiterbildung der BSA)
Klinik für Neurologie
Vivantes Auguste Viktoria-Klinikum
Rubensstr. 125, 12157 Berlin



IST DER MIGRATIONSHINTERGRUND EIN RISIKO FÜR DEN SCHLAGANFALL?

Von Prof. Dr. med. Darius G. Nabavi und Prof. Dr. med. Peter U. Heuschmann

Die Neuköllner Schlaganfallstudie (NESS)

Neben den klassischen zerebrovaskulären Risikofaktoren (RF), wie der arteriellen Hypertonie, Zigarettenrauchen und Vorhofflimmern, konnten in den letzten Jahren sozioökonomische Faktoren wie zum Beispiel das Bildungsniveau als weitere RF für den Schlaganfall identifiziert werden. Mittlerweile gibt es auch Hinweise darauf, dass Menschen mit Migrationshintergrund ein erhöhtes Schlaganfallrisiko gegenüber der einheimischen Population aufweisen [1-5]. Definiert wird ein positiver Migrationshintergrund in der Regel mit einer Migrationserfahrung der betroffenen Personen selbst oder der Eltern (= Migrationshintergrund 1. Grades) [6]. Obwohl etwa 20 % der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund aufweisen, gibt es zu dieser Thematik für Deutschland bislang keine belastbaren Daten. In Berlin beträgt der Migrationsanteil sogar 26 % und liegt in einzelnen Bezirken (z. B. Neukölln) bei mehr als 40 %. Bislang ist ungeklärt, wodurch das erhöhte Schlaganfallrisiko in dieser Bevölkerungsgruppe hervorgerufen wird. Diskutiert werden erbliche Faktoren, ein schädlicher Lebensstil und ein eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Um die Bedeutung des Migrationsstatus für das Schlaganfallrisiko erstmalig für Deutschland zu klären, wurde die Neuköllner Schlaganfall-Studie (NESS) initiiert. Die Studie beinhaltet den Aufbau eines Schlaganfall-Registers durch das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin (CSB) an der Charité (Projektleitung NESS: Prof. Dr. Peter U. Heuschmann) in Kooperation mit der Klinik für Neurologie mit Stroke Unit am Vivantes Klinikum Neukölln (Chefarzt: Prof. Dr. Darius Nabavi). Unterstützt wird das Projekt durch die Bezirksregierung Neukölln und die Ärztekammer Berlin, finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF).

Im Rahmen der NESS werden seit Anfang 2010 Schlaganfallereignisse in einer klar definierten Region im Bezirk Neukölln erfasst. Dabei sollen nicht nur stationär behandelte Patienten dokumentiert werden, sondern zukünftig auch solche, die nicht stationär eingewiesen wurden. Insofern ist für das erfolgreiche Gelingen des Registers eine enge Kooperation mit dem ambulanten Sektor und sozialen Einrichtungen im Bezirk notwendig, was derzeit aufgebaut wird. Die Ziele der NESS sind die Erfassung von (1) der Schlaganfallhäufigkeit in Berlin insgesamt, sowie (2) die Klärung des Migrationsstatus als RF bzgl. Ursache, Art und Schwere des Schlaganfalles sowie der begleitenden Risikofaktoren. Die Datenbasis schließt dabei auch den sogenannten Mindestindikatorensatz zum Migrationsstatus (zum Beispiel Geburtsland der Eltern, Einreisejahr, Muttersprache, Aufenthaltsstatus) sowie den sozioökonomische Status mit ein [6].

Langfristiges Ziel des NESS-Registers ist die Entwicklung gezielter Interventionsprogramme, um die beeinflussbaren Faktoren, die bei Menschen mit Migrationsstatus zu einem erhöhten Schlaganfallrisiko führen, zu beseitigen bzw. zu reduzieren [7].

Literatur.....

1. Schenk L. Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*. 2007;52:87-96
2. Heuschmann PU, Grieve AP, Toschke AM, Rudd AG, Wolfe CD. Ethnic group disparities in 10-year trends in stroke incidence and vascular risk factors: The south london stroke register (slsr). *Stroke*. 2008;39:2204
3. Sacco RL, Boden-Albala B, Abel G, Lin IF, Elkind M, Hauser WA, Paik MC, Shea S. Race-ethnic disparities in the impact of stroke risk factors: The northern manhattan stroke study. *Stroke*. 2001;32:1725
4. Lisabeth LD, Smith MA, Sanchez BN, Brown DL. Ethnic disparities in stroke and hypertension among women: The basic project. *Am J Hypertens*. 2008;21:778-783
5. Feigin V, Carter K, Hackett M, Barber PA, McNaughton H, Dyal L, Chen MH, Anderson C. Ethnic disparities in incidence of stroke subtypes: Auckland regional community stroke study, 2002-2003. *Lancet Neurol*. 2006;5:130
6. Schenk L, Bau AM, Borde T, Butler J, Lampert T, Neuhauser H, Razum O, Weilandt C. [a basic set of indicators for mapping migrant status. Recommendations for epidemiological practice.]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2006;49:853
7. Heuschmann PU. Reducing the burden of stroke in migrant populations in the UK. *Int J Clin Pract*. 2008;62:175



Am 15.03.2010 besuchte Minister Dr. Rösler das Vivantes Klinikum Neukölln. Prof. Nabavi stellte die Neuköllner Schlaganfallstudie vor, die das Verhältnis von Migrationshintergrund und Schlaganfällen untersucht.



Fotos: Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

INTENSIVIERTE SEKUNDÄRPRÄVENTION NACH TIA UND LEICHTEM SCHLAGANFALL

Von Prof. Dr. med. Heinrich Audebert und Dr. med. Stefanie Leistner

Patienten haben nach einem zerebrovasculären Ereignis im Vergleich zur altersgleichen Normalbevölkerung ein mehrfach erhöhtes Risiko für ein neues Gefäßereignis. Dennoch erhalten sie meist keine wesentlich intensivere Betreuung als Patienten in der Primärprävention. Im Gegensatz zu anderen häufigen Erkrankungen wurden zerebrovasculäre Erkrankungen nicht für ein Disease Management Programm ausgewählt. In der Konsequenz wird weder von Krankenhäusern noch niedergelassenen Ärzten ein intensiviertes Betreuungsprogramm für Patienten nach Schlaganfall oder TIA angeboten.

Eine intensiverte Nachbetreuung sollte neben der medikamentösen Behandlung konventioneller Risikofaktoren zwei weitere Ansätze beinhalten: Zum einen die Protektion durch nicht-pharmazeutische Maßnahmen wie körperliche Aktivität, Nikotin-Abstinenz und gesunde Ernährung; zum anderen die Einbeziehung von Angehörigen, da diese oft ein ähnliches Risikoprofil insbesondere im Verhaltensbereich aufweisen. Der frühe Beginn der Sekundärbehandlung ist dabei essentiell

für die Senkung der Re-Infarktrate. Das intensiverte Unterstützungsprogramm soll als Ergänzung zur weiterhin durchgeführten hausärztlichen Betreuung mit Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Patienten erfolgen.

Im Rahmen der Forschungsgruppe Sekundärprävention der Neurologischen Klinik der Charité werden drei aufeinander aufbauende Studien zu diesem Thema durchgeführt.

In einer ersten Studie (COPAMiSTIA: Course of Patients with Minor Stroke or TIA) wurde an über 200 Patienten nach leichtem Schlaganfall oder TIA die gegenwärtige Qualität der Sekundärprävention in der Regelversorgung evaluiert. Aktuell werden in der MODUS-Studie (Modellierung einer unterstützten Sekundärprävention) 100-200 Patienten nach leichtem Schlaganfall oder TIA und mit behandelbaren zerebrovasculären Risikofaktoren in ein Unterstützungsprogramm zur Sekundärprävention hinsichtlich Blutdruckkontrolle, Gerinnungshemmung, Motivation zur körperlichen Aktivität, Nikotinkarenz und gesünderen

Ernährung eingeschlossen. Ziel ist eine Analyse der Akzeptanz der intensivierten Sekundärprävention durch die Patienten und eine Abschätzung der Effektstärke auf die Risikofaktoreinstellung. Bei der darauf aufbauenden, randomisierten Endstudie (INSPIRE-TMS: Intensified Secondary Prevention intending a Reduction of Re-Events after TIA and Minor Stroke) soll die Überlegenheit der intensivierten Sekundärprävention gegenüber der Standardbehandlung gezeigt werden. Es erfolgt ein frühzeitiges pharmazeutisches sowie nicht-pharmazeutisches Unterstützungsprogramm, das Angehörige einbezieht. Die Studie soll oligozentrisch circa 1400 Patienten einschließen und im September 2010 beginnen.

Ziel ist der Nachweis einer Reduktion von neuen vaskulären Ereignissen unter der intensivierten Sekundärprävention. Bei positiver Kosten-Nutzen Analyse könnte das multifaktorielle Unterstützungsprogramm in die Regelversorgung implementiert werden, zum Beispiel im Rahmen eines Disease Management Programms.

AKTION „BERLIN GEGEN DEN SCHLAGANFALL“

Von Prof. Dr. med. Matthias Endres, Dr. rer. nat. Corinna Pelz und Prof. Dr. Jan Sobesky

In Berlin ereignen sich jedes Jahr ungefähr 10.000 Schlaganfälle. Aber die wesentlichen Symptome, die Dringlichkeit der weiteren Diagnostik und Therapie sowie das richtige Handeln sind in der Bevölkerung weitgehend unbekannt. Ziel der Aufklärungskampagne „Berlin gegen den Schlaganfall“ ist es, dieses Wissen zu vermitteln. Plakataktionen, Werbeträger und Kinospots im öffentlichen Leben, ebenso Lesungen, themenspezifische Veranstaltungen und andere

Aktionen weisen auf die wesentlichen Schlaganfallzeichen hin. Diese können Lähmungen, Seh- und Sprachstörungen oder auch Bewusstseinstörungen und – in seltenen Fällen – plötzliche, heftigste Kopfschmerzen umfassen. Es soll vermittelt werden, dass bei Verdacht auf einen Schlaganfall der Rettungsdienst umgehend über den Notruf 112 verständigt werden muss.

Die Aufklärungsaktion „Berlin gegen den Schlaganfall“ ist für den Zeitraum vom 10. Mai 2010, dem deutschen „Tag gegen

den Schlaganfall“, bis zum „Weltschlaganfalltag“ am 29. Oktober geplant. Sie steht unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters von Berlin, Klaus Wowereit. Initiatoren sind die Charité – Universitätsmedizin Berlin und das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin, die Berliner Schlaganfall-Allianz, das Berliner Schlaganfall-Register, die Berliner Feuerwehr und Boehringer Ingelheim.

Alle relevanten Versorger von Schlaganfallpatienten sowie weitere zentrale

WAS KENNZEICHNET EINE GUTE REHABILITATION NACH SCHLAGANFALL?

Von Dr. med. Christian Dohle und Prof. Dr. med. Jörg Wissel

Nach der akutmedizinischen Behandlung steht die Rückkehr in den Alltag an. Häufig erfolgt zunächst eine Rehabilitationsbehandlung. Meist besteht die Hoffnung, den Zustand vor dem Schlaganfall wiederherzustellen. Doch dies gelingt nur bei einem Teil der Patienten. Ist die Rehabilitation daher schlecht gewesen? Die Arbeitsgruppe „Kerndatensatz Rehabilitation“ der Berliner Schlaganfall-Allianz hat es sich zur Aufgabe gemacht, so genannte Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die Aussagen über die Qualität der Behandlung zulassen, wie dies bereits im Akutbereich etabliert ist (vgl. Beitrag von Dr. Koenicke und Dr. Walter auf Seite 16). Dabei sind für den Rehabilitationserfolg viele Faktoren relevant. In der Arbeitsgruppe wurden die folgenden zentralen Bereiche identifiziert:

1. Komplettierung der Diagnostik

Viele Schlaganfallpatienten werden nicht in spezialisierten Kliniken behandelt, bei anderen stehen bestimmte Untersuchungen noch aus. Am Beginn jeder Rehabi-

litationsmaßnahme steht daher eine Überprüfung und ggfs. Vervollständigung der Diagnostik.

2. Sekundärprävention

Die langfristige Reduktion der Rezidivrate erfordert die Kontrolle der Risikofaktoren – durch intensive Schulung der Patienten oder Optimierung der Medikation.

3. Verbesserung basaler Funktionen

Dies wird häufig als die klassische Aufgabe der Rehabilitation gesehen. Manche Störungen, wie zum Beispiel der Armfunktion oder der Gehfähigkeit sind offensichtlich. Andere Störungen, wie etwa des Schluckens oder der Stimmung, können zwar therapiert werden, allerdings nur, wenn systematisch hierauf gescreent wird.

4. Verbesserung der Alltagskompetenz

Auch wenn Defizite in den basalen Funktionen verbleiben, können Patienten ihre Unabhängigkeit im Alltag durch Erlernen von Kompensationstechniken oder den Einsatz von Hilfsmitteln steigern.

5. Komplikationsmanagement

Im Laufe der häufig längeren Behandlung ergeben sich spezifische Probleme, die entsprechende Erfahrung und ein dezidiertes Management erfordern, z.B. die Behandlung von Spastizität, die Vermeidung von Kontrakturen, oder die Verhinderung von Stürzen.

6. Entlassplanung / Weiterversorgung

Gerade bei noch verbleibenden Restdefiziten müssen Patienten und ihre Angehörigen frühzeitig zu weitergehenden Hilfen beraten und ggfs. auch praktisch unterwiesen werden.

Durch die Arbeitsgruppe wurden für alle genannten Bereiche Qualitätsindikatoren definiert, mit denen die Qualität der Behandlung objektiviert werden kann. Dies ermöglicht auch den Vergleich zwischen verschiedenen Einrichtungen.

Kontakt:

dohle.berlin@median-kliniken.de

Verbände und Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen sind in die Kampagne integriert.

Den Auftakt der Kampagne wird eine Pressekonferenz am 10. Mai bilden. In der Folge sind viele weitere Aktionen geplant, wie zum Beispiel ein Expertentelefon, Lesungen, Vorträge, Filmvorführungen und Sportaktionen. Auch mit Hilfe von Postern und Werbeflächen im Zentrum Berlins und in öffentlichen Verkehrsmitteln sowie mit Fernseh- und Kinospots soll auf die Aktion aufmerksam gemacht werden. Den Schlusspunkt der Kampagne bildet ein Symposium am 29. Oktober mit Vorträgen für Laien und Fachpublikum.



Weitere Informationen zur Kampagne und zum Schlaganfall sowie das vollständige Veranstaltungsprogramm finden Sie im Internet unter: www.berlin-gegen-den-schlaganfall.de

Die EVA-Ergebnisse im Detail

Die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde des bundesweiten Projektes Evaluation der Weiterbildung (EVA) liegen vor. Einen ersten Abriss konnten Sie bereits in **BERLINER ÄRZTE 04/2010** lesen. Zwischenzeitlich ist der Länderrapport auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht und kann von allen Interessierten eingesehen werden. Weiterbildungsbefugten, die an der Befragung teilgenommen haben wird über das EVA-Webportal der individuelle Befugten-Bericht zur Verfügung gestellt. Wie man dorthin kommt, konnte man ebenfalls im letzten Heft lesen. Auf den folgenden Seiten möchten wir Ihnen die Hintergründe und Ergebnisse der Befragung detaillierter vorstellen.

Hintergrund:

Seit Jahren steht die Situation der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf Bundes- und Landesebene im Mittelpunkt zahlreicher Diskussionen. Die Rahmenbedingungen ärztlicher Tätigkeiten haben sich deutlich verändert, in den letzten Jahren ist darüber hinaus ein zunehmender Ärztemangel zu verzeichnen. Um die Qualität der Weiterbildung zu sichern und dem Nachwuchsmangel entgegenzuwirken, ist es unabdingbar, Stärken und Schwächen festzustellen, um so Verbesserungspotenziale erkennen und Strukturkonzepte entwickeln zu können.

Vor diesem Hintergrund entstand das gemeinsame Projekt der Bundesärztekammer mit 16 Landesärztekammern „Evaluation der Weiterbildung in Deutschland“ auf Basis eines bereits seit Jahren etablierten Erhebungsverfahrens in der Schweiz. Wissenschaftlich begleitet wurde das Verfahren durch die Eidgenössische Technische Hochschule Zürich (ETHZ) in Zusammenarbeit mit der Schweizer Ärztesgesellschaft Foederatio Medicorum Helveticorum (FMH).

Das Verfahren ermöglicht eine Bewertung und Auswertung der Weiterbildungsstätten. Anhand der Ergebnisse auf Landes- und Bundesebene wird eine Übersicht der Weiterbildungssituation dargestellt und schafft auf diesem Weg Transparenz und Vergleichsmöglichkeiten.

Teilnehmerstatistik:

Die von den Landesärztekammern gemeldeten 38.706 Weiterbildungsbefugten

(WBB) [Ärztekammer Berlin – 739] wurden mit der Bitte um Angabe der sich bei ihnen in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte angeschrieben.

Von den bundesweit 16.343 so genannten aktiven Befugten [Ärztekammer Berlin – 341], die zum Zeitpunkt der Befragung tatsächlich Ärztinnen und Ärzte weitergebildet haben, beteiligten sich 60,4 % aktiv. Sie gaben an, dass sich bei ihnen 57.564 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (WBA) befinden. Von diesen haben sich 18.858 [Ärztekammer Berlin – 682 von 2177] an der Befragung beteiligt. Das entspricht einer bundesweiten Rücklaufquote von 32,8 %.

Bundesweit schwanken die Rücklaufquoten bei den Weiterbildungsbefugten zwischen 76,79 % (Ärztekammer Schles-

wig Holstein) und 36,41 % (Landesärztekammer Hessen).

Für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung liegen die Rücklaufquoten zwischen 43,47 % (Ärztekammer Bremen) und 27,64 % (Landesärztekammer Hessen).

Vergleicht man die Beteiligung in Berlin mit dem bundesweiten Ergebnis, ergibt sich mit 58,33 % bei den Weiterbildungsbefugten und 31,33 % für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung eine Rücklaufquote, die knapp unter dem Bundesdurchschnitt liegt.

Im Hinblick auf eine Steigerung der Rücklaufquote bei der nächsten Befragung ist sicher zu beachten, dass sich bundesweit bei knapp 20 % der Weiterbildungsstätten fast alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an der Befragung beteiligt haben, im Gegensatz dazu aber bei beachtlichen 40 % der Weiterbildungsstätten sich keiner der Weiterzubildenden beteiligt hat.

In Berlin stellt sich dieses Ergebnis allerdings deutlich anders dar: Nur bei jeder zwölften Weiterbildungsstätte, also gut 8 % haben sich alle Weiterzubildenden beteiligt, während nur bei 21 % keine Beteiligung erfolgte. Bei immerhin noch knapp 23 % der Weiterbildungsstätten erfolgt eine Rückmeldung von mindestens der Hälfte der Weiterzubildenden (Abb. 1).

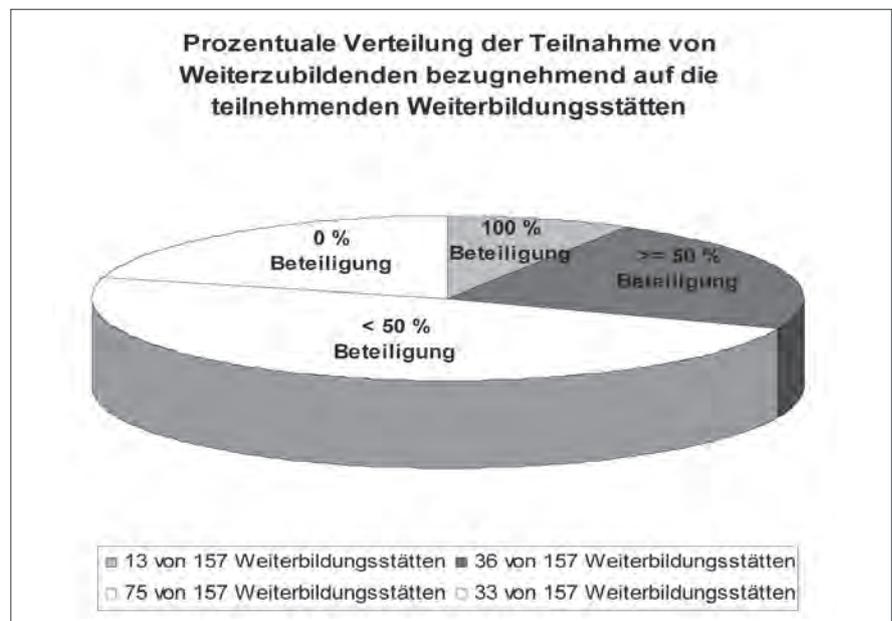


Abb. 1

Methodik:

Die Befragung erfolgte ausschließlich online. In einem ersten Schritt wurden die Weiterbildungsbefugten gebeten, die Anzahl der bei ihnen tätigen Weiterzubildenden anzugeben. Entsprechend dieser Meldung wurden ihnen Zugangsdaten für alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mitgeteilt, die nun ihrerseits die Möglichkeit hatten, sich über den Login an der Befragung zu beteiligen.

Der Fragebogen für die Weiterbildungsbefugten beinhaltet 39 Fragen zu Themen wie Wochenarbeitszeit und deren prozentualer Aufteilung auf verschiedene Tätigkeiten, Arbeitszeitgesetz und Vereinbarung mit der Weiterbildung, Weiterbildungskonzept, notwendige Rotationen, Einschätzung der Mitarbeiter und Budget für Fort- und Weiterbildung.

Von den Bildungsassistenden waren 100 Fragen zu beantworten. Neben 7 Fragen zur Person (u. a. Geschlecht, Jahr des Staatsexamens, Voll- oder Teilzeitstelle) wurden Fragen gestellt, die eine Auswertung zu den folgenden acht Fragenkomplexen ermöglichen:

- 28 Fragen zur Vermittlung von Fachkompetenzen
- 3 Fragen zur Fehlerkultur

- 7 Fragen zur Lernkultur
- 4 Fragen zur Anwendung von evidenzbasierter Medizin
- 2 Fragen zur Entscheidungskultur
- 4 Fragen zur Betriebskultur
- 6 Fragen zur Führungskultur und
- 3 Fragen zur Globalbeurteilung

Weitere 32 Fragen, die sich mit Eigenaktivität, dem Weiterbildungskonzept, der Arbeitssituation und dem Arbeitszeitgesetz befassen, ergänzten den Katalog.

Ganz überwiegend erfolgte die Beantwortung der Fragen abgestuft nach dem Schulnotensystem

- 1 trifft voll und ganz zu
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 trifft überhaupt nicht zu

Aufgrund der erwarteten hohen Rücklaufzahlen wurde auf die Möglichkeit von Freitextangaben verzichtet, um den Aufwand der Auswertungen nicht zusätzlich zu erhöhen. Der Vorteil einer einfachen Datenerhebung ist allerdings mit dem Nachteil einer subjektiven Beurteilung durch Notensysteme verknüpft. In einer

ersten Bewertung der Ergebnisse lassen sich daher zunächst nur relative Tendenzen aufzeigen und entsprechende Aussagen treffen.

Auswertung:

Die bei der Befragung erhobenen Daten wurden durch die ETHZ ausgewertet und in Form von Grafiken, Diagrammen und Tabellen in einen Bundesrapport sowie 16 Länderrapporten zur Verfügung gestellt. Eine Auswertung der Fragebögen erfolgte nur, wenn die Weiterzubildenden zum Zeitpunkt der Befragung länger als zwei Monate an der Weiterbildungsstätte waren.

Für die vergleichende Darstellung der Ergebnisse der Landesärztekammern gegenüber den bundesweiten Ergebnissen im Länderrapport wurden acht Fachrichtungsgruppen ausgewählt, die aufgrund ihrer relativ hohen Beteiligungszahlen repräsentativ erscheinen und nebeneinander dargestellt:

- FA Anästhesiologie (FAAnästh)
- Gebiet Chirurgie (GebietChir)
- FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe (FA Frauen)
- Gebiet Innere Medizin (GebietInnMed)

- FA Kinder- und Jugendmedizin (FAKiJugMed)
- FA Psychiatrie und Psychotherapie, FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (GebietePPP)
- FA Allgemeinmedizin (FAAllgMed)
- Fachärzte ambulant (alleFAamb)

Für jeden Befugten, der an der Befragung teilgenommen hat, wurde unter der Voraussetzung, dass eine ausreichende Zahl an Rückmeldungen von Weiterzubildenden vorliegt, ein so genannter individueller Befugtenbericht erstellt. Bei Vorliegen von weniger als vier Fragebögen wurde ein individueller Bericht nur bei Einverständnis zur Verwendung der Daten erstellt.

Die Rückmeldung im individuellen Befugtenbericht erfolgt nicht als Darstellung einer punktuellen Ist-Analyse, sondern als Benchmarking für die eigene Fachrichtungsgruppe anhand der Mittelwerte der acht Fragenkomplexe. Als Vergleich wird der Durchschnittswert der gleichen Fachrichtung innerhalb der Ärztekammer Berlin sowie der gleichen Fachrichtung deutschlandweit angegeben.

Die Ergebnisse der Kernaussagen der Befragung, die sich auf die acht Fragenkomplexe „Globalbeurteilung“, „Vermittlung von Fachkompetenzen“, „Lernkultur“, „Führungskultur“, „Kultur zur Fehlervermeidung“, „Entscheidungskultur“, „Betriebskultur“ und „Anwendung evidenzbasierter Medizin“ werden im Bericht als Gesamtergebnis in einem so genannten „Spinnendiagramm“ dargestellt. In dieser Grafik können die Ergebnisse der eigenen Weiterbildungsstätte mit den Mittelwerten der Ergebnisse für das eigene Fachgebiet auf Landesebene und denen auf Bundesebene verglichen werden (siehe Abb.2).

Darüber hinaus findet jeder Befugte in seinem individuellen Befugtenbericht für jeden der acht Fragenkomplexe eine detaillierte Auswertung der einzelnen Fragen. Auch hier werden in der Darstellung die Vergleichswerte der eigenen Landesärztekammer sowie des gesamten Bundesgebietes angegeben. Im folgenden Kasten

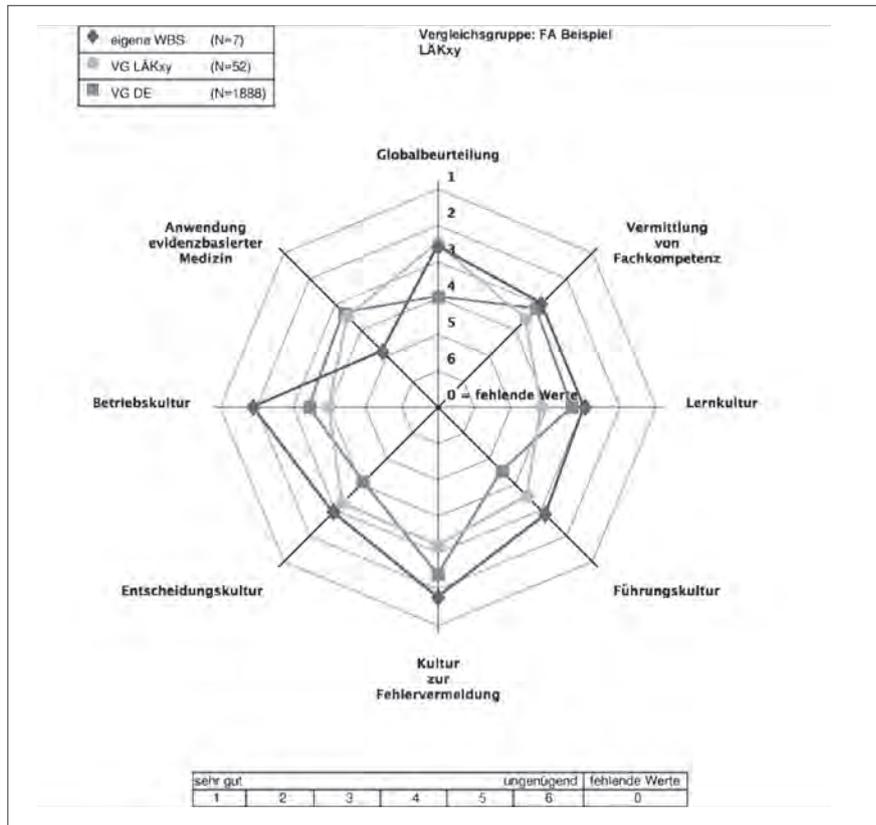


Abb. 2

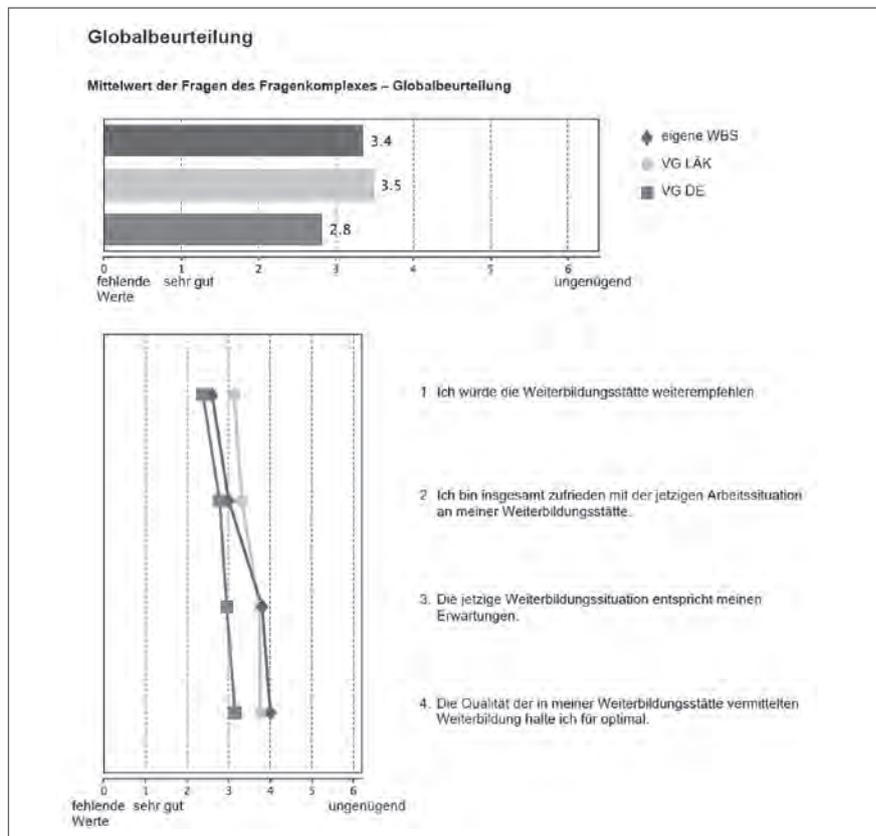


Abb. 3

finden Sie beispielhaft eine entsprechende Darstellung zum Fragenkomplex „Globalbeurteilung“ (siehe Abb. 3).

Konnte ein individueller Befugten-Bericht über die Auswertung der Fragebögen in dieser Befragungsrunde nicht erstellt werden, kann dies folgende Gründe haben:

- Die Weiterzubildenden haben sich nicht an der Umfrage beteiligt.
- Die Weiterzubildenden haben sich an der Umfrage beteiligt, doch es lagen weniger als vier ausgefüllte Fragebögen vor und keiner der Weiterzubildenden hat seine Zustimmung für die Verwendung der Daten gegeben (Wahrung der Anonymität).
- Die Weiterzubildenden haben sich an der Umfrage beteiligt, waren aber zum Zeitpunkt der Befragung weniger als zwei Monate an der Weiterbildungsstätte tätig und wurden deshalb grundsätzlich nicht für die Auswertung berücksichtigt.

Bei den teilnehmenden Befugten der Ärztekammer Berlin konnten für 94 Weiterbilder ein individueller Befugtenbericht erstellt werden. Für 33 Weiterbildungsstätten erfolgte keinerlei Rückmeldung, so dass aus diesem Grund kein Bericht vorliegt. Für weitere 31 lagen weniger als vier Fragebögen vor und eine Zustimmung zur Verwendung der Daten wurde nicht gegeben, so dass in diesen Fällen zur Wahrung der Anonymität kein individueller Befugtenbericht erstellt wurde.

Die gültigen Antworten der Weiterzubildenden sind in weitere Auswertungen auf Landes- und Bundesebene eingeflossen. Zusätzlich zum Länderrapport der Ärztekammer Berlin und dem Bundesrapport bietet das Webportal www.evaluation-weiterbildung.de erweiterte Möglichkeiten zur Darstellung von Ergebnissen einzelner Fachrichtungsgruppen. Jeder Beteiligte kann über eine interaktive Grafik, der so genannten „Dynamischen Spinne“, Vergleichskombinationen der acht Fragenkomplexe aus 59 Fachrichtungsgruppen auf Bundes- und Länderebene erstellen. Ein Inte-

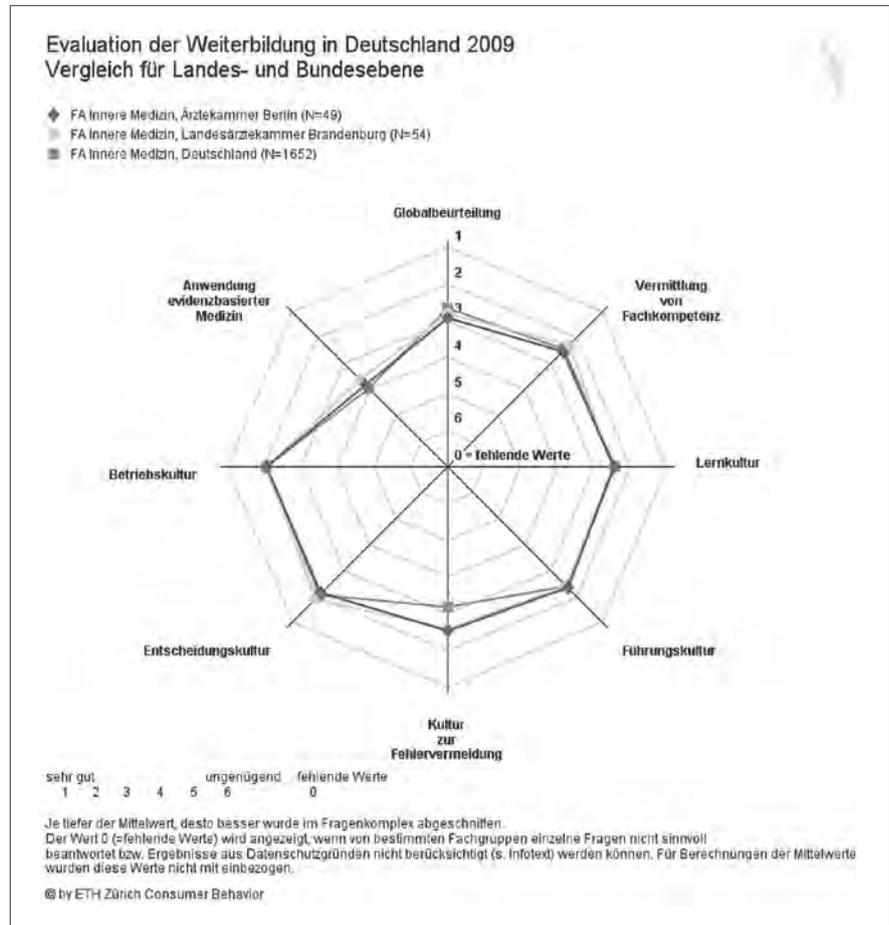


Abb. 4

ressierter hat die Möglichkeit, auf dem Webportal unter dem Punkt „Vergleich Landes- und Bundesebene“ die Mittelwerte seiner eigenen Fachrichtungsgruppe mit den Mittelwerten seiner oder auch anderer Fachrichtungsgruppen auf Bundes- und/oder Länderebene in einen direkten Vergleich zu setzen. Man erhält eine grafische Darstellung, die auch abgespeichert und ausgedruckt werden kann. Auf diese Weise kann eine Vielfalt von Vergleichen nach individuellen Vorstellungen und Interessen zustande kommen.

In Abb. 4 finden Sie ein Beispiel, bei dem das Gesamtergebnis der Weiterbildungssituation für das Fachgebiet Innere Medizin für die Ärztekammer Berlin mit den Ergebnissen der Landesärztekammer Brandenburg und den bundesweiten Ergebnissen dargestellt ist.

Ergebnisse der Befragung der Weiterzubildenden (WBA):

Die in Deutschland im Jahr 2009 erstmalig durchgeführte Befragung weist für die acht Fragenkomplexe durchschnittliche bundesweite Notenbewertungen zwischen 2,13 und 3,82 auf. Die Werte für die Ärztekammer Berlin liegen minimal darunter. Dabei fällt der Mittelwert für die Betriebskultur mit 2,12 bundesweit und 2,26 für die Ärztekammer Berlin am besten aus, während sich die Anwendung evidenzbasierter Medizin (3,82 bundesweit / 3,83 Ärztekammer Berlin) deutlich davon absetzt und somit negativ heraussticht. Der Mittelwert zur Kultur der Fehlervermeidung liegt in Berlin mit 2,61 etwas über dem Bundesschnitt (2,81). Das Ergebnis zur Globalbeurteilung (z. B. „ich würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“, „ich bin zufrieden mit der

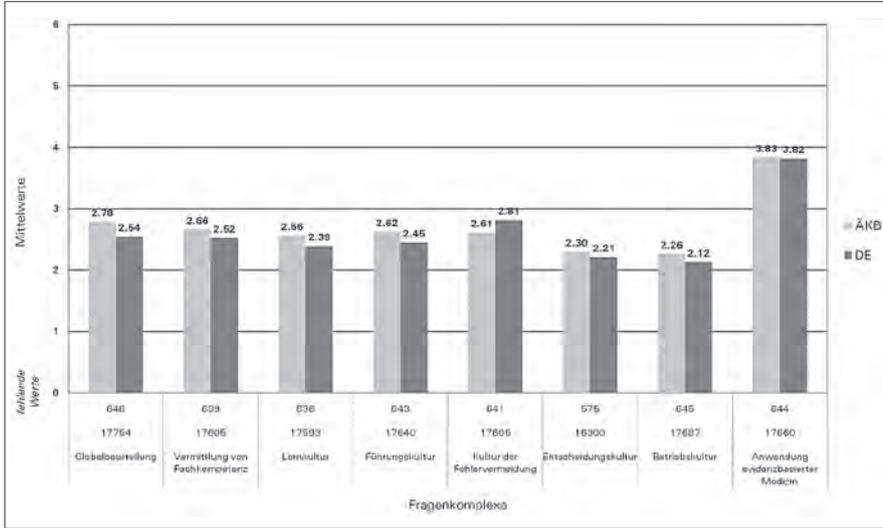


Tabelle 1

Arbeitsituation“ ...) spiegelt die grundsätzliche Zufriedenheit mit der Weiterbildungssituation in Deutschland (2,54) auch in Berlin (2,78) im Vergleich Ärztekammer Berlin vs. Deutschland wider (siehe Tabelle 1).

Vergleicht man ambulante und stationäre Weiterbildungsstätten ist erwartungsgemäß festzustellen, dass Weiterbildungsstätten im ambulanten Bereich mit weniger Weiterzubildenden pro Weiterbildungsstätte durchschnittlich positiver bewertet werden, als die größeren Abteilungen im stationären Bereich mit einer größeren Anzahl von Assistenzärzten. Eine deutlich schlechtere Bewertung zeigt sich im Fachgruppenvergleich für Berlin bei den Anästhesisten mit 3,16 gegenüber 2,60 (Bund) und im Gebiet Innere Medizin mit 3,23 gegenüber 2,76 (Bund).

Der Vergleich zwischen den 16 beteiligten Landesärztekammern weist in allen acht Fragekomplexen eine homogene Bewertung ohne große Unterschiede zwischen den einzelnen Ärztekammern auf. Die Vergleichswerte der ausgewählten Fachrichtungsgruppen im stationären Bereich weisen ebenfalls nur geringe Unterschiede auf. Die Ergebnisse für Berlin weichen nur gering ab, eine zum Teil deutlich bessere Bewertung zeigt sich beim Fragenkomplex zur Fehlervermeidung (siehe Tabelle 2).

In der Tabelle 2 ist in der Fachrichtungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin mit

2,14 ein deutlich positiveres Ergebnis erkennbar, sowohl im Vergleich zum Bund 2,89 als auch im Fachrichtungsgruppenvergleich. Diese Tendenz bestätigt die Ergebnisse für die anderen Fragenkomplexe, auch hier erfolgt eine durchgängig positivere Bewertung innerhalb dieser Fachrichtungsgruppe.

Überraschend stellt sich sowohl die bundesweite als auch die Berliner Auswertung zum Fragenkomplex „Anwendung evidenzbasierte Medizin“ weniger positiv dar. Hier liegt der Wert zwischen 3,32 und 4,12 bundesweit, in Berlin zwischen 3,48 und 4,04.

Arbeitsituation:

Die Fragen zur Arbeitsituation wurden von den Weiterzubildenden in Berlin wie auch bundesweit mit den Noten zwischen 3 und 4 insgesamt negativer beurteilt, als die anderen acht Fragenkomplexe.

Für eine Mehrheit der Weiterzubildenden scheint die gesetzlich vorgeschriebene Arbeitszeitregelung keinen negativen Einfluss auf die Arbeit am Patienten und auf die Weiterbildung zu haben. Dennoch hat ein Großteil der Weiterzubildenden das Gefühl, dass in der vertraglich geregelten Arbeitszeit die Arbeit nicht zur Zufriedenheit erfüllt werden kann.

Die notwendige Infrastruktur (PC-Arbeitsplatz, Internetzugang usw.) scheint bei den meisten Weiterbildungsstätten vorhanden zu sein, damit die Arbeit effizient ausgeübt werden kann.

Weniger positiv wurden die administrativen Auflagen beurteilt, da diese die Arbeit am Patienten sowie die Weiterbildung einschränken. Auch wird bemängelt, dass über Entscheidungen der Krankenhausleitungen, welche die Weiterbildung betreffen, nicht rechtzeitig informiert wird.

Die Befragung zeigt, dass der ökonomische Druck den Arbeitsalltag der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zunehmend bestimmt. 80 % der Ärztinnen und Ärzte, die sich in Weiterbildung befinden

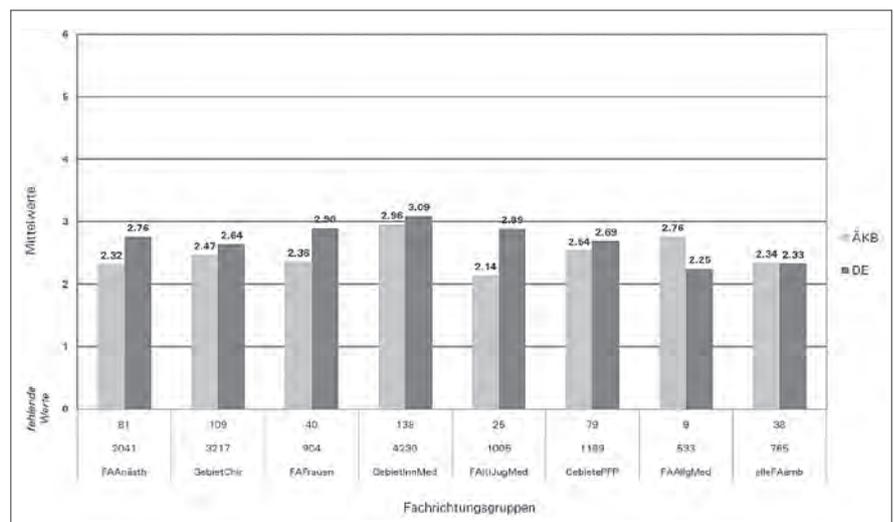


Tabelle 2

den, üben Bereitschaftsdienste aus, wobei fast 30 % nie oder sehr selten die Ruhezeiten gemäß Arbeitszeitgesetz einhalten können. Dies ist lediglich bei 7,7 % der Ärztinnen und Ärzte immer gewährleistet. Auch müssen 83,7 % nach Beendigung ihres Bereitschaftsdienstes weiterarbeiten und einer regulären Tätigkeit nachgehen.

Bei fast allen Weiterbildungsassistenten (91,5 %) fallen Mehrarbeiten/Überstunden an, welche in 13,9 % gar nicht dokumentiert und in 16,3 % weder durch Freizeit noch durch Bezahlung ausgeglichen werden. Diese Zahlen beruhen auf den bundesweiten Ergebnissen, in den Länderberichten werden sie nicht extra ausgewiesen.

Eigenaktivität:

In Berlin geben mit 41,2 % deutlich mehr Weiterzubildende das Ziel an, wissenschaftliche Arbeiten publizieren zu wollen, bundesweit liegt der Anteil bei genau einem Drittel. Jedoch sehen auch in Berlin mit 56,5 % deutlich mehr als die Hälfte (Bund 61,4 %) keine Gelegenheit, während der Weiterbildung an einer wissenschaftlichen Publikation zu arbeiten. Überraschend ist, dass trotz des erfreulich hohen Anteils von 73,3 % der Berliner Weiterzubildenden, die regelmäßig Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen besuchen, der Wert deutlich unter dem bundesweiten Anteil von 83,5 % liegt. Ein signifikanter Unterschied zwischen Berlin zum bundesweiten Mittelwert zeigt sich hinsichtlich der die Weiterbildung betreuenden Person. In Berlin werden nur 10,3 % vom Chefarzt betreut (Bund – 15,1 %), die Betreuung durch Oberärzte liegt in Berlin mit 60,1 % im Bundesschnitt von 61,3 %, während die Betreuung durch Fachärzte einen erheblich höheren Anteil von 19,1 % im Vergleich zum Bund (10,7 %) ausmacht.

Ergebnisse der Weiterbildungsbefugten

Sicherlich nicht überraschend ist die durchgängig bessere Bewertung der acht Fragenkomplexe durch die Befugten, wie der Vergleich der Tabellen 1 und 3 zeigt (siehe Tabelle 3).

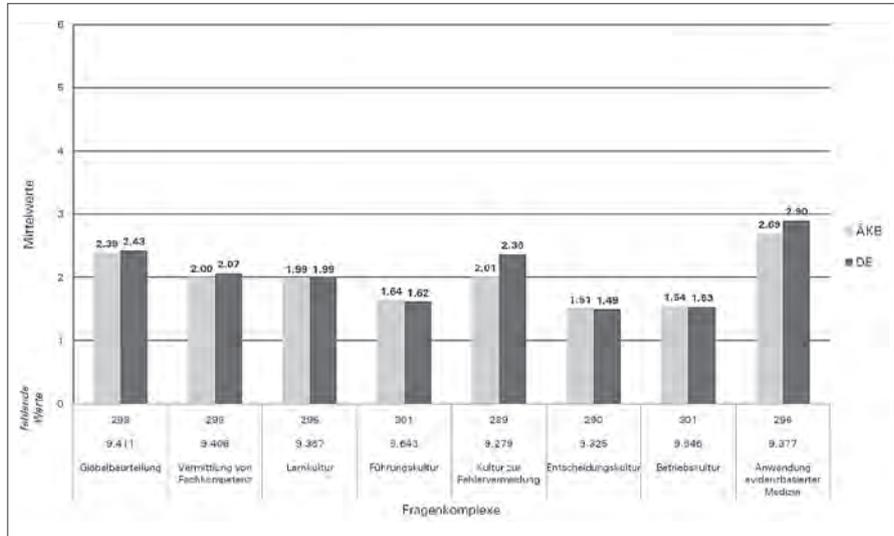


Tabelle 3

Auffällig ist im Fachrichtungsgruppenvergleich die im Vergleich zum Bundesgebiet schlechtere Bewertung der Fachgruppe Frauenheilkunde, die somit näher an den Ergebnissen der Weiterzubildenden liegt. Lediglich bei dem Fragenkomplex „Kultur zur Fehlervermeidung“ liegt die Notengebung auch in dieser Fachgruppe deutlich über dem Bundeswert. Die Bewertung durch die Befugten bestätigt die in diesem Fragenkomplex deutlich bessere Beurteilung der Berliner Weiterzubildenden im Bundesvergleich.

Zusammenfassung:

Trotz hoher Arbeitsbelastung sind die meisten Ärztinnen und Ärzte mit ihrer Weiterbildung zufrieden. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Bedingungen der Weiterbildung zu optimieren sind. Wünschenswert ist neben einer Verbesserung der Rahmenbedingungen auch eine Verbesserung der Weiterbildungsstruktur durch Einhalten von Weiterbildungsplänen und Vereinbarung von Weiterbildungszielen. Für eine kontinuierliche Verbesserung der Weiterbildung ist Transparenz über die Weiterbildungssituation unabdingbar. Alle Befugten sind aufgefordert die Ergebnisse ihrer Weiterbildungsstätte mit den Ärztinnen und Ärzten zu besprechen, da die „individuellen Befugnisberichte“ nicht veröffentlicht

werden. Sollte kein Bericht für eine Weiterbildungsstätte vorliegen, bieten die Berliner Ergebnisse eine gute Grundlage für eine Diskussion an der eigenen Einrichtung und Ansatzpunkte für eine Optimierung bzw. die Sicherung einer qualitativ guten und attraktiven Weiterbildung.

Abt. Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung

Sollten Sie Fragen zur Befragung haben, können Sie sich gerne per E-Mail unter eva@aekb.de an uns wenden.

ANZEIGE

KOMMENTAR



Foto: Stiebitz

Evaluation der Weiterbildung – der Anfang ist gemacht!

Von Dr. Werner Wyrwich, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin

Ganz so, wie sich die Berliner Delegierten zum Deutschen Ärztetag 2007 die Ausgestaltung ihres Antrags zur Durchführung der Evaluation der Weiterbildung vorgestellt hatten, ist es nun zwar nicht gekommen, aber immerhin, ein Anfang ist gemacht. Dass sich alle Landesärztekammern für die Durchführung aussprachen und bis auf eine, die gerade eine eigene Evaluationsabfrage beendet hatte, an der von der Bundesärztekammer koordinierten Befragung teilnahmen, darf als ein großer Erfolg bewertet werden. Zeigt es doch deutlich, dass das Thema bundesweit als wichtig wahrgenommen wird. So wichtig, dass die beteiligten Kammern von ihrer sonst im Vordergrund stehenden eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenz zugunsten einer einheitlichen bundesweiten Durchführung und damit einer überregionalen Vergleichbarkeit Abstand genommen haben.

Was haben wir aus diesem ersten Durchlauf der Weiterbildungs-evaluation gelernt?

Berliner Kammervorstands-Mitglieder hatten bereits vor Beginn der konkreten Planung für die Evaluation die Organisatoren der Bundesärztekammer darauf hingewiesen dass ein großes Problem darin besteht, dass aus dem Melde-register – übrigens auch in denen anderer Landesärztekammern – nicht zu erkennen ist, welche Kammermitglieder sich gerade in welcher Weiterbildungsstätte in welcher Weiterbildung befanden. Und dass ein rasches Schließen dieser Informationslücke nicht leicht zu bewerkstelligen ist, da hier die Kammer formaljuristische Maßgaben beachten und verwaltungsrechtliche Wege einhalten muss. Kammerseitig wird daran gearbeitet, bei zukünftigen Befragungen den direkten Kontakt zu den Weiterbildungsassistenten herstellen zu können. Auch wenn die in Berlin erreichte Rücklaufquote mit 31, 33% für die erste Befragung dieser Art im Rahmen der Erwartungen lag, würde ein direkter Kontakt der Weiterbildungs-Assistenten/-innen wahrscheinlich eine höhere Beteiligung mit sich bringen.

Ebenso war von den Berliner Initiatoren des 2007-er Antrags gefordert worden, die Ergebnisse zu veröffentlichen, mit dem Ziel, eine direkte Aussage für jede der Berliner Weiterbildungsstätte erreichen zu können. Hier griffen jedoch datenschutzrechtliche Bestimmungen, die eine öffentliche Darstellung nicht zuließen. Auch stellten die Rücklaufquoten ein einschränkendes Kriterium dar, denn

erst bei einer Zahl von mehr als 4 Weiterbildungsassistenten/innen pro Weiterbilder erfolgte die Berücksichtigung und separate Darstellung der Weiterbildungsstätte, sofern alle befragten Assistenten/innen der Rückübermittlung Ihrer Einschätzung an den Befugten zugestimmt hatten.

Dennoch lassen die vorliegenden Daten einige für den Vorstand der Berliner Ärztekammer wichtige Handlungsfelder erkennen. Beispielsweise stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der bestehenden Befugniserteilung. Dass in Berlin nur 10,3 % der WBA tatsächlich durch den zur Weiterbildung Befugten betreut werden, liefert den Kolleginnen und Kollegen in den Weiterbildungsausschüssen die erforderliche Munition, um hier am und nicht im System arbeiten zu können.

Dass die eigene Wahrnehmung der Befugten bisweilen besser ausfällt, als die Beurteilung durch ihre Weiterbildungsassistenten/Innen, ist eine Aussage, die nicht verwundert.

Selbstkritische Weiterbildungsbefugte werden die Chance nutzen, sich über die Ursachen für die abweichenden Einschätzungen ihre eigenen Gedanken zu machen. Und interessierte Weiterbildungsbefugte werden sicher einen Weg finden, sich konstruktiv mit ihren Mitarbeitern/-innen zusammen-, bzw. auseinander zu setzen.

ANZEIGE

Tuberkulose:

Berliner Bezirke bündeln Kompetenz

Am 1. April 2010 hat das Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin Lichtenberg seinen ersten Geburtstag gefeiert. Das Zentrum entstand aus der Zusammenlegung der bezirklichen Tuberkuloseberatungsstellen Mitte und Tempelhof / Schöneberg. Es versteht sich als Kompetenzzentrum für ganz Berlin.

Hier arbeitet ein multiprofessionelles Team von Ärztinnen, Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen sowie Arzthelferinnen, Röntgenassistentinnen und Verwaltungsangestellten zusammen.

Schwerpunkte der Arbeit sind:

- Die Beratung und Überwachung der gemeldeten Tuberkuloseerkrankungen, der Ausschluss der Tuberkulose nach dem Infektionsschutzgesetz § 36, d. h. Tuberkuloseausschluss vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung sowie bei Befund die Betreuung und Weiterleitung in eine medizinische Facheinrichtung mit allen dafür notwendigen Maßnahmen wie zum Beispiel Klärung der Krankenversicherung. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die Tuberkulose eine meldepflichtige Erkrankung ist und zwar jede Tuberkulose, auch die „nicht offene“.

- Die Betreuung und Beratung der Erkrankten einschließlich der Sicherstellung und Überwachung der Therapie. Aufgrund der Herkunft und sozialen Situation der Erkrankten ist es unbedingt erforderlich, das Vertrauen der Patienten zu erlangen. Dies gelingt vor allem durch die Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen die beispielsweise helfen, den Aufenthaltstatus zu klären, Anträge zu stellen, Wohnungen zu suchen, Suchttherapien zu beginnen. Jedem Patienten werden Beratung und Hilfe durch die Sozialarbeiter angeboten. Diese werden von der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen auch gern angenommen. In Einzelfällen kommt es jedoch auch zu Zwangsunterbringungen, um die Therapie sicher zu stellen und die Bevölkerung vor Ansteckung zu schützen.
- Die Ermittlung von Kontaktpersonen, um eine Weiterverbreitung der Tuberkulose zu verhindern und die Bevölkerung zu schützen.

Um lange Wege für den Bürger zu vermeiden, besteht ein Kooperationsvertrag mit den Vivantes-Kliniken. Die Mitarbeiter des Zentrums für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen können dort ortsnah Untersuchungen und Beratungen durchführen.

Im vergangenen Winter habe man die Erfahrung gemacht, dass die Zahl der wohnungslosen Mitbürger insbesondere aus Osteuropa und den Staaten der ehemaligen Sowjetunion deutlich gestiegen ist, erklärte die Leiterin des Zentrums, Gisela Glaser-Paschke. Die Staaten gelten als Hochprävalenzländer für die Erkrankung an Tuberkulose. Die multiresistente Tuberkulose ist von großer Wichtigkeit, da diese Fallzahlen ansteigend sind, während die Behandlung schwierig und langwierig ist. Das Tuberkulosezentrum arbeitet eng mit den entsprechenden medizinischen Einrichtungen und mit den Übernachtungseinrichtungen der Migrantenmedizin, der Caritas und der Kältehilfe zusammen. Bei Verdacht auf eine Tuberkulose können nach vorheriger Absprache Bürger auch ohne Krankenschein geröntgt werden. Die Mitarbeiter des Zentrums unterliegen der Schweigepflicht und dem Datenschutz. Sollte ein illegaler Aufenthalt bestehen, besteht keine Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde.

Das Zentrum sieht sich als Teil eines Netzwerkes zum Schutz der Patienten, deren Angehöriger und der Bevölkerung. Die kooperative gute Zusammenarbeit mit allen in diesem Umfeld tätigen Institutionen hat eigenen Angaben zufolge hohe Priorität.

Weitere Informationen:

*Gisela Glaser-Paschke
Leiterin des Zentrums für tuberkulose-
kranke und -gefährdete Menschen
Deutschmeisterstr. 24, 10367 Berlin
Telefon: 030/90296-4971*

ANZEIGEN

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte ▶ Fortbildung ▶ Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

Online-Fortbildungskalender unter www.aerztekammer-berlin.de ▶ **Ärzte ▶ Fortbildung ▶ Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> ■ 20.05. – 22.05. 2010 01.07. – 03.07. 2010 02.09. – 04.09. 2010 10.12. – 11.12.2010 	Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels ein Kurs in 4 Modulen (weitere Informationen s. S. 33)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstraße 27-28 14129 Berlin	Informationen, ausführliches Programm und Anmeldung: Tel.: 40806-1403 oder -1400 E-Mail: aerztliche-fuehrung2010@aekb.de	80 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 04.06.-05.06.2010 25.06.-26.06.2010 02.07.-03.07.2010 	Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung, 3 Module	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 400€	10 P pro Modul
<ul style="list-style-type: none"> ■ 07.06.-09.06.2010 	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: 250 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 09.06.-11.06.2010 11.06.2010 	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 TN-Gebühr: Spezialk.Rö-diag: 220 € Spezialkurs IR: 70€	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs IR)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 19.06.-20.06.2010 24.09.-25.09.2010 	Diagnostik, Begutachtung und Behandlung posttraumatischer Störungen im interkulturellen Setting Modul II: Erstellung von Gutachten Modul III: Behandlung	Haus der Diakonie Paulsenstr. 55 12163 Berlin	Anmeldung: Frau Hofmann-Britz, Tel.: 88 71 40-0, Fax: 88 71 40-40 E-Mail: info@psychotherapeutenkammer-berlin.de Teilnehmergebühr: Modul II: 200 € Modul III: 160 €	20 P (Modul II) 16 P (Modul III)
<ul style="list-style-type: none"> ■ 23.06.2010 	Datenschutz in Arztpraxen (weitere Informationen s. S. 33)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung unter: i.wegner@aekb.de keine Teilnehmergebühr	3 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 06.09.-11.09.2010 01.11.-06.11.2010 13.12.-18.12.2010 	Ärztliches Qualitätsmanagement Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 33)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1207 (Organisatorisches) Tel.: 40806-1400 (Inhaltliches) E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 06.09.-15.09.2010 (Kursteil A1) 15.09.-24.09.2010 (Kursteil A2) 	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> ■ 25.09.2010 	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 135 €	9 P

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

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

Termine: Präsenzwoche 1: 06.09.2010 bis 11.09.2010 / Woche 2: 01.11.2010 bis 06.11.2010 / Woche 3: 13.12.2010 bis 18.12.2010 (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: Tel.: 40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de

Ärztliche Führung in Zeiten des Wandels

Die Herausforderungen an Ärztinnen und Ärzte sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich komplexer geworden. Neben dem medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen vor allem Führungsaufgaben Aufmerksamkeit, Zeit und Energie.

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt: Die Fähigkeit, Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln stehen dabei im Vordergrund.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und -ärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung. Der Kurs gliedert sich in vier Module:

Termine:

Modul 1	Die Praxis des Führens	Do. 20.05. – Sa. 22.05.2010
Modul 2	Führen als interaktiver Prozess	Do. 01.07. – Sa. 03.07.2010
Modul 3	Change Management und betriebswirtschaftl. Steuerung	Do. 02.09. – Sa. 04.09.2010
Modul 4	Transfertage	Fr./Sa, 10./11.12.2010

Weitere Informationen: A. Mindel-Hennies, Tel. 40806-1403, C. Markl-Vieto, Tel. 40806-1400; aertzliche-fuehrung2010@aekb.de

Datenschutz in Arztpraxen

Alles was Sie schon immer über Datenschutz wissen wollten

Der einführende Vortrag umfasst unter anderem folgende Themen:
- Rechtsgrundlagen für die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz
- Rechte des Patienten in Bezug auf die über ihn gespeicherten Daten
- Datenübermittlungspflichten und -rechte des Arztes gegenüber Dritten
- Datenschutzgerechte Praxisorganisation

Im Anschluss an den Vortrag steht ausreichend Zeit für Fragen zur Verfügung.

Termin: Mittwoch, 23. Juni 2010, 19.00 – 20.30 Uhr
Ort: Ärztekammer Berlin

Weitere Informationen: I.Wegner@aekb.de Tel.: 40806-1402

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztelkammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Depressionen – Workshop für Ärzte und Apotheker

Depressive Störungen sind oft langwierig, rezidivierend und zu chronischem Verlauf tendierend. Antidepressiva sind die am häufigsten verordneten Psychopharmaka im ambulanten Bereich und besitzen auch in der Klinik einen hohen Stellenwert. In den letzten Jahren ist deren Palette um viele verschiedene selektive bzw. dual-wirksame Substanzen erweitert worden. Der Workshop beleuchtet insbesondere die diffusen Symptome, Compliance, Motivationsdefizite bei den Patienten und berücksichtigt die Übergangssituation der Patienten zwischen Apotheke und Arztpraxis. Die Themen werden mit ärztlichen Kollegen und Apothekern gemeinsam erarbeitet und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert.

Referenten:

Dr. med. Claudia Wildfeuer (Fachärztin für Allgemeinmedizin)
Dr. Otto Dietmaier (Pharmaziedirektor, Leiter der Apotheke Klinikum am Weissenhof, Weinsberg)

Moderation:

Dr. Christian Heyde

Termin: Samstag, 12.06.2010, 15.00-18.30 Uhr

Ort: Angletierre Hotel Berlin, Friedrichstraße 31, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich:

Ärztelkammer Berlin, Tel. 408 06-1207, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Teilnehmergebühr: 50,00 EUR, 4 Fortbildungspunkte

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin Impfen – ein brennendes Thema in Arztpraxis und Apotheke

Impfstoffe sind, wie alle anderen wirksamen Arzneimittel auch, nicht völlig frei von Nebenwirkungen. An ihre Sicherheit werden jedoch insgesamt höhere Anforderungen gestellt als etwa an Arzneimittel zur Behandlung schwerer Erkrankungen, denn Schutzimpfungen werden zumeist bei gesunden Personen eingesetzt. Eine wichtige Aufgabe von Ärzten und Apothekern ist es, Informationen über Impfstoffe der Öffentlichkeit kompetent nahezubringen.

Im Laufe der beiden Vorträge der Fortbildungsveranstaltung wird das Grundlagenwissen zum Thema Impfen aufgefrischt und es werden die Themen Hilfsstoffe, Herstellung von Impfstoffen und Impfpfehlungen erörtert.

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt

Referentinnen: Dr. med. Brigitte Keller-Stanislawski (Leiterin der Abteilung Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Paul-Ehrlich-Institut, Langen); Dr. phil. nat. Karin Weißer (Wiss. Mitarbeiterin/Abteilung Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten, Paul-Ehrlich-Institut, Langen)

Termin: 05.05.2010, 19:30 bis 21:30 Uhr

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

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Wahl zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat für die Durchführung der in diesem Jahr stattfindenden Wahlen zur 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gemäß § 7 der Wahlordnung einen Wahlausschuss berufen. Dem Wahlausschuss gehören folgende Kollegen und Kolleginnen an:

Wahlleiter:

Dr. med. Hans-Jürgen Karstädt

Beisitzer:

Dr. med. Trutz-Hagen Legarth

Dr. sc. med. Manfred Dückert

Stellvertreter:

Dr. med. Sigurd Peters

Dr. med. Cornelius Schwarz

Norbert Hardinghaus

Dr. med. Ines Ziegler

Nachfolgend gibt der Vorstand der Ärztekammer Berlin gemäß § 8 Abs. 2 der Wahlordnung den Wortlaut der Wahlordnung bekannt:



Ordnung für die Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

vom 26. Januar 1994,
die zuletzt durch den 3. Nachtrag
vom 23. September 2009
(ABl. 2010 S. 316) geändert
worden ist.

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Wahlmodus

Die Delegierten der Ärztekammer Berlin werden von den Kammerangehörigen gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes in allgemeiner, unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Dabei hat jeder Wahlberechtigte eine Stimme, mit der er einen Wahlvorschlag wählen kann (Hauptstimme). Er kann innerhalb des von ihm gewählten Wahlvorschlages bis zu zwei Wahlbewerbern je eine Stimme geben (persönliche Vorzugsstimmen).

§ 2

Zahl der Delegierten

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin besteht gemäß § 7 Abs. 1 des Berliner Kammergesetzes aus 45 gewählten Mitgliedern.

§ 3

Briefwahl, Wahlkreis

- (1) Die Wahl erfolgt durch Briefwahl. Es dürfen nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Wahlunterlagen verwendet werden.
- (2) Die Wahlbriefe müssen spätestens bis zum Ablauf des Wahlzeitraums in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, die von dem Wahlausschuss bekannt zu geben ist, eingegangen sein.
- (3) Das Land Berlin bildet einen Wahlkreis.

§ 4

Wahlrecht

- (1) Wahlberechtigt sind die Kammerangehörigen, soweit nicht § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes entgegensteht.
- (2) Ein Wahlberechtigter kann von seinem

Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in die Wählerliste eingetragen ist (wahlberechtigt im Sinne der Wahlordnung).

§ 5

Wählbarkeit

Wählbar als Delegierte sind nach § 9 des Berliner Kammergesetzes die wahlberechtigten Kammerangehörigen. Nicht wählbar ist, wer nach § 9 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes von der Wählbarkeit ausgeschlossen ist.

II. Aufgaben des Vorstandes

§ 6

Festlegung des Wahlzeitraums

- (1) Rechtzeitig vor Ablauf der Amtsperiode der Delegiertenversammlung legt der Vorstand der Ärztekammer Berlin den Wahlzeitraum fest. Der Wahlzeitraum beträgt mindestens sechs Wochen.
- (2) Der Wahlzeitraum beginnt mit dem Tage, an dem die Wahlunterlagen zur Versendung an die Wähler zur Post gegeben werden. Das Ende des Wahl-

zeitraums ist nach Tag und Stunde zu bezeichnen.

- (3) Für die Berechnung der Fristen nach dieser Wahlordnung kommt es nur auf den Tag des Endes des Wahlzeitraums an. Der Ablauf der nach Tagen bestimmten und auf das Ende des Wahlzeitraums bezogenen Fristen ändert sich nicht dadurch, dass der letzte Tag der Frist auf einen Sonnabend, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt.

§ 7

Berufung des Wahlausschusses, Geschäftsstelle des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand beruft für die Durchführung der Wahl einen Wahlausschuss.
- (2) Der Wahlausschuss besteht aus dem Wahlleiter und zwei Beisitzern sowie einer ausreichenden Zahl von Stellvertretern.
- (3) Mitglieder des Vorstandes und Bewerber um einen Sitz in der Delegiertenversammlung dürfen nicht in den Wahlausschuss berufen werden.
- (4) Zur Vorbereitung und Durchführung der Wahlen wird bei der Ärztekammer Berlin eine Geschäftsstelle des Wahlausschusses eingerichtet. Die Geschäftsstelle führt die Bezeichnung „Wahlbüro“.

§ 8

Bekanntgabe der Mitglieder des Wahlausschusses und der Wahlordnung

- (1) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten die Mitglieder des Wahlausschusses mit Namen, Vornamen und ggf. akademischem Grad bekannt. Er teilt darüber hinaus der Aufsichtsbehörde das Geburtsdatum, den Geburtsort sowie den Wohnsitz der Mitglieder des Wahlausschusses mit.
- (2) Der Vorstand gibt den Wahlberechtigten den Wortlaut dieser Wahlordnung bekannt.

- (3) Die Bekanntgaben nach Absätzen 1 und 2 erfolgen durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, dessen Ausgabebetrag mindestens 196 Tage vor dem Ende des Wahlzeitraums liegt. Dieselbe Frist gilt für die Mitteilung an die Aufsichtsbehörde nach Abs. 1 Satz 2.

§ 9

Wählerliste

- (1) Der Vorstand stellt eine Wählerliste auf, in der die Wahlberechtigten mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischen Grad, Geburtsdatum und Postzustellungsadresse (Privatanschrift oder Dienstanschrift) sowie einer Registriernummer aufgeführt werden. Die Wählerliste muss ferner einen Raum für Vermerke über die erfolgte Versendung der Wahlunterlagen, über die erfolgte Stimmabgabe und einen Raum für Bemerkungen enthalten. Grundlage für die Wählerliste ist das Melderegister der Ärztekammer Berlin. Die Wählerliste kann auch im automatisierten Verfahren geführt werden.
- (2) Jeder Kammerangehörige hat das Recht, an den Werktagen, außer Sonnabenden, vom 132. bis 126. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums von 9.00 bis 15.00 Uhr, mittwochs zusätzlich bis 19.30 Uhr, die Richtigkeit und Vollständigkeit der zu seiner Person in der Wählerliste eingetragenen Daten zu überprüfen. Zur Überprüfung der Vollständigkeit und Richtigkeit der Daten von anderen in der Wählerliste eingetragenen Personen haben Kammerangehörige nur dann ein Recht auf Einsicht, wenn sie Tatsachen glaubhaft machen, aus denen sich eine Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Wählerliste ergeben kann.
- (3) Ergänzungen der Wählerliste werden bis zum Ablauf der Auslegungszeit in einem Nachtrag vorgenommen. Danach sind Ergänzungen nur noch aufgrund von Einsprüchen gegen die Wählerliste zulässig.

- (4) Streichungen aus der Wählerliste sind bis zum Beginn des Wahlzeitraums bei Verlust der Kammermitgliedschaft oder bei Verlust des Wahlrechts gemäß § 8 Abs. 2 des Berliner Kammergesetzes vorzunehmen. Streichungen nach Beginn des Wahlzeitraums sind unzulässig.

- (5) Nach dem Ablauf der Auslegungszeit übergibt der Vorstand dem Wahlausschuss die Wählerliste. Er unterrichtet den Wahlausschuss über vorzunehmende Streichungen gemäß Abs. 4.

§ 10

Unterstützung des Wahlausschusses

- (1) Der Vorstand unterstützt den Wahlausschuss bei der Durchführung der Wahl insbesondere durch Gestellung des erforderlichen Personals, der Räume und technischen Einrichtungen der Ärztekammer Berlin.
- (2) Der Vorstand bestellt ein Mitglied der Verwaltung der Ärztekammer Berlin zum Wahlkoordinator. Der Wahlkoordinator ist bezogen auf seine Tätigkeit im Wahlverfahren nur dem Wahlausschuss verantwortlich.

ANZEIGE

III. Aufgaben des Wahlausschusses

§ 11

Bekanntmachung

- (1) Der Wahlausschuss fordert zwischen dem 182. und dem 168. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums zur Einreichung von Wahlvorschlägen auf. Mit dieser Aufforderung weist er auf die einzuhaltende Frist gemäß § 17 sowie auf die Voraussetzungen zur Zulassung eines Wahlvorschlages hin.
- (2) Der Wahlausschuss teilt den Kammerangehörigen Zeit und Ort der Auslegung der Wählerliste mit. Er weist dabei auf die Vorschriften der §§ 4 und 5 und auf die Möglichkeit des Einspruchs gegen die Wählerliste hin.
- (3) Der Wahlausschuss teilt den Kammerangehörigen den Wahlzeitraum mit.
- (4) Die Aufforderung sowie die Mitteilungen nach den Absätzen 1 bis 3 sind bekannt zu machen.

§ 12

Feststellung der Wahlberechtigten

Nach Übergabe der Wählerliste durch den Vorstand und Entscheidung über Einsprüche gegen die Wählerliste stellt der Wahlausschuss die Wahlberechtigten fest. § 9 Abs. 4 bleibt unberührt.

§ 13

Zulassung von Wahlvorschlägen

Der Wahlausschuss lässt die eingereichten Wahlvorschläge nach Maßgabe des § 18 zu.

§ 14

Durchführung der Wahl

Der Wahlausschuss leitet die Durchführung der Wahl nach Maßgabe des V. Abschnitts dieser Wahlordnung.

IV. Verfahren

§ 15

Verfahren des Wahlausschusses

- (1) Der Wahlleiter oder einer der Beisitzer

führt den Vorsitz im Wahlausschuss. In Abwesenheit des Wahlleiters oder eines Beisitzers rücken die bestellten Stellvertreter in der Reihenfolge ihres Lebensalters ein. Sie sind zu allen Sitzungen des Wahlausschusses zu laden.

- (2) Der Wahlausschuss ist beschlussfähig, wenn drei Mitglieder, darunter mindestens der Wahlleiter oder ein Beisitzer anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Stimmenthaltung ist unzulässig.
- (3) Soweit in dieser Wahlordnung nicht anders geregelt gilt die Verfahrensordnung der Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin entsprechend.

§ 16

Rechtsbehelfe

- (1) Kammerangehörige können gegen den Inhalt der Wählerliste bis zum 119. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Einspruch einlegen. Der Einspruch ist zu begründen. Soweit behauptete Tatsachen nicht offenkundig sind, sind die erforderlichen Beweismittel beizufügen. Der Wahlausschuss entscheidet bis zum 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums über den Einspruch. Die Entscheidung ist durch Aushang bekannt zu geben.
- (2) Über Widersprüche gegen Verwaltungsakte und über Widersprüche nach § 23 entscheidet die Widerspruchsstelle der Ärztekammer Berlin.

V. Ablauf der Wahl

§ 17

Einreichung der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahl erfolgt aufgrund von Wahlvorschlägen. Diese sind beim Wahlausschuss einzureichen. Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist bei dem Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen dieser Wahlord-

nung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden.

- (2) Die Frist für die Einreichung von Wahlvorschlägen beginnt mit der Aufforderung durch den Wahlausschuss. Sie endet am 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums um 18.00 Uhr. In der Bekanntmachung des Wahlausschusses ist der Fristablauf nach dem Kalender zu bezeichnen.
- (3) Ein Wahlvorschlag kann mit einem Kennwort gekennzeichnet werden. Das Kennwort kann aus mehreren Wörtern bestehen. Der Wahlausschuss kann ein Kennwort zurückweisen, das Strafgesetze verletzt oder keine hinreichende Unterscheidungskraft besitzt. Gehen mehrere Wahlvorschläge unter dem gleichen Kennwort ein, so gilt das Kennwort für den zeitlich früher eingehenden Wahlvorschlag. Zivilrechtliche Bestimmungen über den Schutz von Namen und Zeichen bleiben unberührt.
- (4) Mit einem Wahlvorschlag können beliebig viele Bewerber vorgeschlagen werden. Jeder Wahlvorschlag muss jedoch mindestens fünf Bewerber enthalten. Die Bewerber müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsmerkmal und Tätigkeitsort oder Privatanschrift laufend nummeriert aufgeführt werden. Die Bewerber müssen gemäß § 5 wählbar sein. Besteht Zweifel darüber, ob der Bewerber wählbar ist, kann ein entsprechender Nachweis verlangt werden.
- (5) Dem Wahlvorschlag ist eine schriftliche Erklärung eines jeden Bewerbers beizufügen, in der er sich mit der Aufnahme seiner Person in den Wahlvorschlag zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einverstanden erklärt.
- (6) Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Bewerber, die in mehreren Vorschlägen benannt sind und entsprechende schriftliche Erklärungen abgegeben haben, werden von dem Wahlkoordinator bis zum

91. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums aufgefordert, dem Wahlausschuss bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums schriftlich zu erklären, für welchen Vorschlag sie sich entscheiden. Der Termin ist nach dem Kalender zu bezeichnen. Der Wahlausschuss streicht ihre Namen als Bewerber in den anderen Wahlvorschlägen. Wird die Erklärung nicht bis zum Ablauf der Erklärungsfrist abgegeben, so wird der Name des Bewerbers in allen Wahlvorschlägen gestrichen.

- (7) Ein Wahlvorschlag muss von mindestens 20 Wahlberechtigten unterstützt werden. Die Unterstützer müssen mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad, Tätigkeitsort oder Privatanschrift bezeichnet werden. Der Unterstützer hat die Erklärung persönlich zu unterzeichnen. Es ist zulässig, dass ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterstützt. Die Bereitschaftserklärung eines Wahlbewerbers gilt zugleich als Unterstützung des Wahlvorschlages, in dem er benannt ist.
- (8) Für jeden Wahlvorschlag ist eine Vertrauensperson sowie deren Stellvertreter mit Namen, Vornamen, ggf. akademischem Grad sowie ladungsfähiger Anschrift zu benennen. Nur diese können bis zum Ablauf der Einreichungsfrist durch persönliche oder schriftliche Erklärung Wahlvorschläge ändern oder zurücknehmen.
- (9) Für die Wahlvorschläge, die Einverständniserklärungen, die Unterstützungserklärungen sowie die Benennung der Vertrauenspersonen sind von der Ärztekammer ausgegebene Vordrucke zu verwenden und vollständig auszufüllen. Die Vordrucke werden vom Wahlbüro auf Anforderung in angemessener Anzahl zur Verfügung gestellt sobald der Wahlausschuss berufen ist.

§ 18

Zulassung von Wahlvorschlägen

- (1) Über die Zulassung von Wahlvorschlägen entscheidet der Wahlausschuss

am 84. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums in kammeröffentlicher Sitzung, zu der auch Vertreter der Presse Zugang haben. Die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie deren Vertreter sind zu dieser Sitzung zu laden. In die Ladung ist der Hinweis aufzunehmen, dass der Wahlausschuss auch in ihrer Abwesenheit verhandelt und entscheidet.

- (2) Wenn ein Wahlvorschlag nicht die erforderliche Anzahl von Bewerbern oder Unterstützern aufweist, so müssen diese Mängel bis 18.00 Uhr am 112. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums beseitigt sein. Andere Mängel können noch bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums beseitigt werden.
- (3) Die Entscheidungen des Wahlausschusses über die Zulassung von Wahlvorschlägen sind durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin bekannt zu geben. Entscheidungen des Wahlausschusses über die Nichtzulassung eines Bewerbers sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages und ihrem Stellvertreter sowie dem Bewerber, Entscheidungen über die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages sind zusätzlich der Vertrauensperson des Wahlvorschlages sowie ihrem Stellvertreter bekannt zu geben.
- (4) Der Wahlausschuss lost den zugelassenen Wahlvorschlägen eine laufende Nummer zu.
- (5) Widerspruch gegen die Nichtzulassung eines Bewerbers kann der Bewerber oder die Vertrauensperson des Wahlvorschlages, gegen die Nichtzulassung eines Wahlvorschlages die Vertrauensperson des Wahlvorschlages bis zum 77. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin einlegen. Über den Widerspruch entscheidet der Wahlausschuss unverzüglich nach Ablauf der Einlegungsfrist.

§ 19

Bekanntmachung der Wahlvorschläge, Wahlunterlagen

- (1) Nach Ablauf der Widerspruchsfrist gegen die Zulassungsentscheidung des Wahlausschusses und mindestens 42 Tage vor dem Ende des Wahlzeitraums macht der Wahlausschuss die zugelassenen Wahlvorschläge durch Zusendung an die Wahlberechtigten bekannt. Die Bekanntmachung gilt mit der Aufgabe zur Post als erfolgt. Die Zusendung erfolgt ausschließlich an die in der Wählerliste aufgeführte Anschrift des Wahlberechtigten. Etwas anderes gilt nur, wenn vor Ablauf des Wahlzeitraums der Wahlberechtigte seinen Umzug anzeigt oder die Wahlunterlagen vom Postdienstleister als unzustellbar zurückgesandt werden und eine neue Anschrift bekannt wird. Der Wahlausschuss ist nicht verpflichtet, Wahlunterlagen an einen vorübergehenden Aufenthaltsort des Wahlberechtigten, insbesondere seinen Urlaubsort, zu versenden. Dies gilt nicht, wenn der Wahlberechtigte vorübergehend in Haft genommen und die Anschrift der Haftanstalt rechtzeitig durch ihn oder seinen Bevollmächtigten angezeigt wird.
- (2) Die Bekanntmachung erfolgt durch Zusendung eines Abdrucks der zugelassenen Wahlvorschläge. Die Wahlvor-

ANZEIGEN

schläge sind durch die zugeloste laufende Nummer und das Kennwort zu bezeichnen, soweit der Wahlvorschlag ein Kennwort trägt. Innerhalb des Wahlvorschlages sind die Bewerber in der in dem eingereichten Wahlvorschlag bezeichneten Reihenfolge aufzuführen. Wurden bei der Zulassung des Wahlvorschlages Bewerber gestrichen, so sind die laufenden Nummern der Bewerber entsprechend zu berichtigen. Der laufenden Nummer jedes einzelnen Bewerbers in einem Wahlvorschlag ist die laufende Nummer des Wahlvorschlages in der Weise voranzustellen, dass für alle Bewerber Kennziffern mit der gleichen Anzahl von Stellen entstehen.

- (3) Zusammen mit dem Abdruck der Wahlvorschläge erhält der Wahlberechtigte seine Wahlunterlagen. Die Wahlunterlagen bestehen aus Stimmkarten, dem Wahlbrief und dem Stimmkartenumschlag.
- (4) Der Wahlberechtigte erhält für jeden zugelassenen Wahlvorschlag eine Stimmkarte. Jede Stimmkarte trägt den folgenden Aufdruck:

Ärztékammer Berlin
Stimmkarte
für die Wahl zur <n.> Delegiertenversammlung

Wahlvorschlag <Ifd. Nr.>
Kennwort: <Kennwort>

Persónliche Vorzugsstimmen
(falls gewünscht):
<Raum für Kennziffer> Wahlbewerber:
.....
<Raum für Kennziffer> Wahlbewerber:
.....

- (5) Der Wahlbrief trägt die Anschrift des Wahlausschusses, den Absender mit der in der Wählerliste verzeichneten Registriernummer sowie den Vermerk: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin“.
- (6) Der Stimmkartenumschlag, in den die Stimmkarte eingelegt wird, trägt den

Aufdruck: „Wahl zur Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin - Stimmkartenumschlag“. Er kann weitere Hinweise auf den Wahlzeitraum und die Stimmabgabe enthalten.

§ 20

Stimmabgabe

- (1) Der Wähler kann auf der Stimmkarte des Wahlvorschlages, dem er seine Hauptstimme gibt, bis zu zwei Bewerbern je eine persönliche Vorzugsstimme geben, indem er die Kennziffern der Bewerber in den dafür vorgesehenen Raum einträgt und ihren Namen hinzusetzt. Er legt diese Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein. Der verschlossene Stimmkartenumschlag wird in den Wahlbrief eingelegt. Der Wahlbrief ist zu verschließen und an die Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin zu übersenden; der Wahlbrief kann auch bei der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin abgegeben werden.
- (2) Legt der Wähler mehr als eine Stimmkarte in den Stimmkartenumschlag ein, so ist die Stimmabgabe ungültig. Ebenso ungültig ist die Stimmabgabe, wenn die Stimmkarte oder der Stimmkartenumschlag die Person des Wählers erkennen lassen.
- (3) Vergibt der Wähler mehr als zwei persönliche Vorzugsstimmen oder vergibt er persönliche Vorzugsstimmen an Bewerber, die nicht dem Wahlvorschlag angehören, dem er seine Hauptstimme gegeben hat, so sind die persönlichen Vorzugsstimmen ungültig. Die Gültigkeit einer im übrigen gültigen Hauptstimme wird dadurch nicht berührt.
- (4) Während des Wahlzeitraums wird die Stimmabgabe jedes Wählers unter Leitung des Wahlkoordinators in der Wählerliste vermerkt. Der Wahlkoordinator kann weitere geeignete Beschäftigte der Ärztekammer Berlin mit der Leitung der Registrierung der Wahlbriefe beauftragen. Die eingegangenen Wahlbriefe sind bis zum

Ende des Wahlzeitraums ungeöffnet unter Verschluss zu halten.

- (5) Der Wahlausschuss kann während des Wahlzeitraums Sitzungen zur Feststellung der Ordnungsmäßigkeit von Wahlbriefen und der Wahlberechtigung des Wählers abhalten. In diesem Fall sind die bereits geprüften Wahlbriefe von den noch nicht geprüften Wahlbriefen bis zum Ende des Wahlzeitraums getrennt unter Verschluss zu halten.

§ 21

Auszählung der Stimmen

- (1) Der Wahlausschuss stellt nach Beendigung des Wahlzeitraums die Zahl der eingegangenen Wahlbriefe fest. Soweit dies noch nicht während des Wahlzeitraums geschehen ist, prüft er die Ordnungsmäßigkeit der Wahlbriefe sowie die Wahlberechtigung der Wähler durch Vergleich der Absenderangaben und der Registriernummern mit dem Eintrag in der Wählerliste.
- (2) Wenn über die Person oder das Wahlrecht Zweifel bestehen, entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit des Wahlbriefes. Ungültige Wahlbriefe werden bis zum Ablauf der Fristen gemäß § 22 Abs. 7 unter Verschluss gehalten und dann ungeöffnet vernichtet. Über die nicht rechtzeitig eingegangenen und über die für ungültig erklärten Wahlbriefe ist eine besondere Niederschrift zu fertigen, der die Wahlbriefe beizufügen sind.
- (3) Die Wahlbriefe werden nach der Feststellung ihrer Gültigkeit geöffnet. Enthält ein Wahlbrief mehr als einen Stimmkartenumschlag oder neben dem Stimmkartenumschlag andere Schriftstücke, so entscheidet der Wahlausschuss über seine Gültigkeit. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (4) Die den gültigen Wahlbriefen entnommenen Stimmkartenumschläge werden in eine Wahlurne eingelegt. Bei Bedarf können mehrere Wahlurnen verwendet werden.

- (5) Nach Öffnen der Wahlurne entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkartenumschläge. Stimmkartenumschläge, die die Person des Wählers erkennen lassen, sind ungültig. Abs. 2 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.
- (6) Nach Öffnen der Stimmkartenumschläge entscheidet der Wahlausschuss über die Gültigkeit der Stimmkarten. Nur die von dem Wahlausschuss ausgegebenen Stimmkarten sind gültig. Befinden sich in einem Stimmkartenschlag mehrere Stimmkarten, so sind alle diese Stimmkarten ungültig. Insoweit gilt Abs. 2 Sätze 2 und 3 entsprechend. Im Übrigen sind die Stimmkarten ungültig, die die Person des Wählers erkennen lassen oder den Willen des Wählers nicht eindeutig zum Ausdruck bringen. Hinsichtlich der Gültigkeit von persönlichen Vorzugsstimmen gilt § 20 Abs. 3.
- (7) Die abgegebenen Haupt- und persönlichen Vorzugsstimmen werden in Zähllisten eingetragen. Die Erfassung der abgegebenen Stimmen kann ganz oder teilweise mit Einrichtungen der automatischen Datenverarbeitung erfolgen. In jedem Fall hat der Wahlausschuss für eine geeignete Kontrolle Sorge zu tragen.
- (4) Falls bei der Zuteilung des letzten Sitzes auf mehrere Wahlvorschläge die gleiche Höchstzahl entfällt, entscheidet das Los. Das gleiche gilt für den Fall, dass auf mehrere Bewerber eines Wahlvorschlages die gleiche Anzahl von persönlichen Vorzugsstimmen entfallen ist und diese Bewerber in Konkurrenz für den letzten Sitz stehen.
- (5) Der Wahlausschuss bestimmt über die Zahl der Gewählten hinaus die Rangfolge einer hinreichenden Anzahl von Bewerbern. Bei Stimmgleichheit gilt Abs. 4 Satz 2 entsprechend.
- (6) Der Wahlleiter hat das Wahlergebnis schriftlich festzuhalten. Ort und Zeit der Feststellung des Wahlergebnisses und die daran teilnehmenden Mitglieder des Wahlausschusses müssen ersichtlich sein. Der Wahlleiter und die anwesenden Mitglieder des Wahlausschusses haben die Niederschrift, der die besonderen Niederschriften als Anlage beizufügen sind, zu unterzeichnen.
- (7) Das Wahlergebnis ist unverzüglich mit einer Rechtsmittelbelehrung bekannt zu machen. Es ist der Aufsichtsbehörde bekannt zu geben. Der Wahlausschuss unterrichtet jeden Gewählten schriftlich von seiner Wahl sowie den Verpflichtungen, die er mit der Annahme der Wahl übernimmt, und fordert ihn auf, innerhalb von zwei Wochen zu erklären, ob er die Wahl annimmt. Geht innerhalb der Frist keine Erklärung ein, so gilt die Wahl als abgelehnt.
- (8) Niederschriften, Stimmzettel und sonstige Wahlunterlagen sind zwei Jahre aufzubewahren. Sind gerichtliche Verfahren im Zusammenhang mit der Wahl anhängig, so sind die Unterlagen auch über zwei Jahre hinaus bis zur rechtskräftigen Erledigung des Verfahrens aufzubewahren.
- (9) Das Verfahren nach §§ 20 Abs. 5, 21, 22 ist kammeröffentlich. Vertretern der Presse ist Zugang zu gewähren. Räume, in denen das nach Maßgabe des Satzes 1 kammeröffentliche Wahlverfahren stattfindet, sind als Wahlräume zu kennzeichnen. Wahlräume im Sinne von Satz 2 sind nicht solche Räume, in denen Anlagen der automatischen Datenverarbeitung selbsttätig arbeiten. Zu diesen Räumen haben nur die Mitglieder des Wahlausschusses, auf Antrag die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge sowie die nach allgemeinen Vorschriften befugten Beschäftigten der Ärztekammer Berlin Zutritt.

§ 22

Feststellung und Bekanntmachung des Wahlergebnisses

- (1) Aufgrund der Auszählung der abgegebenen Stimmen stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis fest.
- (2) Aufgrund der abgegebenen Hauptstimmen wird nach dem Höchstzahlenverfahren (d'Hondt) festgestellt, auf wie viele Delegiertensitze jeder Wahlvorschlag Anspruch hat.
- (3) Bewerber, die persönliche Vorzugsstimmen erhalten haben, rücken in der Reihenfolge der Zahl der persönlichen Vorzugsstimmen an die Spitze ihrer Liste.

VI. Wahlprüfung und Schlussvorschriften

§ 23

Wahlprüfung

- (1) Gegen die Gültigkeit der Wahl zur Delegiertenversammlung oder gegen die

ANZEIGEN

Gültigkeit der Wahl eines Delegierten kann jeder Wahlberechtigte innerhalb eines Monats nach Bekanntmachung des Ergebnisses schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin Widerspruch einlegen. Der Widerspruch gilt als Widerspruch im Sinne des § 68 VwGO.

- (2) Wird die Unrichtigkeit des Wahlergebnisses im Einzelnen festgestellt, so stellt der Wahlausschuss das Wahlergebnis neu fest. Wird die Wahl der Delegiertenversammlung für ungültig erklärt, so hat eine neue Wahl stattzufinden.

§ 24

Verlust eines Mandats

Ein Delegierter verliert sein Mandat

1. durch Tod;
2. durch Verzicht. Der Verzicht ist bis zur konstituierenden Sitzung der Delegiertenversammlung dem Wahlausschuss, danach dem Vorstand schriftlich zu erklären. Der Verzicht darf keine Bedingungen enthalten. Ausführungen, mit denen der Verzicht begründet wird, sind keine Bedingungen. Der Verzicht ist unwiderruflich;
3. durch dauernden oder vorübergehenden Verlust der Wählbarkeit;

4. durch Ungültigerklärung der Wahl oder sonstiges Ausscheiden im Wahlprüfungsverfahren;
5. durch nachträgliche Feststellung eines anderen Wahlergebnisses.

§ 25

Eintretende Bewerber

Hat ein Delegierter seine Wahl abgelehnt oder scheidet ein Delegierter aus, so tritt an seine Stelle der nächstfolgende Bewerber desselben Wahlvorschlages in der nach § 22 Abs. 3 ermittelten Reihenfolge. Die Bestimmungen über die Annahme einer Wahl in § 22 Abs. 6 und über die Bekanntmachung einer Wahl finden entsprechend Anwendung. Für die erforderlichen Feststellungen und Bekanntmachungen ist bis zur konstituierenden Sitzung der gewählten Delegiertenversammlung der Wahlausschuss, danach der Vorstand zuständig.

§ 26

Bekanntmachungen, Bekanntgaben

Bekanntmachungen erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin. Bekanntgaben erfolgen, soweit diese Wahlordnung nichts anderes bestimmt, durch Veröffentlichung in dem offiziellen Mitteilungsblatt der Ärztekammer Berlin, durch Aushang in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, durch briefliche oder mündliche Mitteilungen an den Adressaten oder in anderer geeigneter Weise.

§ 27

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Diese Wahlordnung tritt an dem Tag nach ihrer Verkündung im Amtsblatt für Berlin in Kraft. Damit tritt die Wahlordnung vom 25. August 1966 außer Kraft.

Weitere Informationen!

Die Vertrauenspersonen der Wahlvorschläge haben während des Wahlzeitraums die Möglichkeit, den Wahlvorschlag in den Ausgaben Oktober und November 2010 der offiziellen Zeitschrift der Ärztekammer Berlin BERLINER ÄRZTE sowie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin vorzustellen. Was dabei zu beachten ist und weitere Informationen zu Möglichkeiten der Information der Wahlberechtigten über die Wahlvorschläge haben wir in einem Merkblatt zusammengestellt, welches bei der Ärztekammer Berlin – Wahlkoordinator – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, angefordert werden kann.

ANZEIGE

ANZEIGENSCHLUSS

**Ausgabe Juni 2010:
05. Mai 2010**

Geburtshelfer und Zeitgeist

Dudenhausens glanzvoller Abschied

Zwei Medizinprofessoren rahmten das außergewöhnliche akademische Event mit einer Dvorák-Sonatine, und ein Baby durfte hier ungestraft dazwischenkrähen. „Der Kapitän der deutschen Geburtshilfe verlässt das Schiff“, und „Wir sehen Sie ungern gehen“, hieß es in Grußworten. Die Dekanin würdigte das Lebenswerk des hervorragenden, vielfach ausgezeichneten Wissenschaftlers und menschlichen Arztes, der nicht nur die größte und international renommierte Geburtshilfeklinik Deutschlands leitete, sondern sich auch in der Hochschulpolitik engagierte: im Fakultätsrat, als Prodekan, schließlich als Dekan der Charité (2001-2004). Als Forscher ist er im In- und Ausland anerkannt, in den Fachgesellschaften spielt er eine herausragende Rolle. Überdies ist er seit langem Vorsitzender der „Stiftung für das behinderte Kind“. Der Dank der Studierenden, des Mitarbeiterstabs (besonders der Hebammen, deren Schule er leitete) und vieler tausend Mütter ist Joachim W. Dudenhausen gewiss.



Foto: privat

„Geburtshelfer und Zeitgeist“ – so nannte Dudenhausen seine Abschiedsvorlesung. Sie machte deutlich: Die Zeit hat den Geist der Geburtshilfe gründlich verändert. In den 50er Jahren war die ärztliche Geburtshilfe eine „mechanisch-operative Tätigkeit“. Und in der Ära Willibald Pschyrembels (der ja nicht nur Lexikograph, sondern eigentlich Frauenarzt war), kam es bei Komplikationen vor allem auf die Rettung der Mutter an. „Das Kind ist gleichgültig“, schrieb Pschyrembel wörtlich.

Das änderte sich mit Erich Saling (der im Plenum saß und seinem Schüler nicht ohne Stolz lauschte). 1966 erschien Salings Buch mit dem programmatischen Titel „Das Kind im Bereich der Geburtshilfe“ – ein Meilenstein in der

Entwicklung des Fachs, wie Dudenhausen hervorhob. Es entstand die Perinatalmedizin mitsamt der damals noch brandneuen Qualitätssicherung – nicht zuletzt von Dudenhausen kräftig vorangetrieben, was er bescheiden unerwähnt ließ. Er zeigte am Beispiel des Buchs von Justin Westhoff, „Vom Risiko, geboren zu werden“, wie rasch sie durch den Wissenschaftsjournalismus populär wurde.

Es war klar, sagte Dudenhausen, dass die Zustände in der Geburtshilfe verändert werden mussten. Nun wurde der Geburtsvorgang apparativ überwacht.

Aber es dauerte nicht lange, bis in den 70er und 80er Jahren eine Gegenbewegung einsetzte. Bücher mit Titeln

wie „Der sanfte Weg ins Leben“ wandten sich gegen so viel Technik in der Geburtshilfe. Der neue Zeitgeist brachte Risiken für Mutter und Kind mit sich, aber Dudenhausen fand auch Positives an dieser Bewegung: die Renaissance des Stillens und die Öffnung des Kreißsaals für den Vater.

Am Beispiel des Kaiserschnitts zeigte er besonders eindrucksvoll den nicht nur von der Forschung, sondern eben auch vom Zeitgeist bestimmten Wandel in der Geburtshilfe: Mit dem Bracht-Handgriff wurde früher das Kind bei Beckenendlage meist auf vaginalem Wege entbunden, was mit Gefahren verbunden ist. Dann wies eine retrospektive Studie (Kubli/Heidelberg 1973) nach, dass bei vaginaler Geburt und Beckenendlage die Azidoserate erhöht ist. Die daraus folgende Empfehlung: Bei allen Beckenendlagen mit einem geschätzten Gewicht des Fetus von mehr als 2500 Gramm ist primäre Schnittentbindung indiziert.

Später verglich die kanadische Gynäkologin M. E. Hannah in einer umfangreichen Mulicenter-Studie vaginale und Schnittentbindung. Das Ergebnis: signifikante Reduktion peri- und neonataler Todesfälle bei Sectio. Nach sechs Wochen aber gab es keine Unterschiede mehr, weder in der Mortalität noch in der neurologischen Entwicklung. Und in neueren Studien (z.B. Goffinet et al, 2006) ergab sich überhaupt kein Unterschied der neonatalen Parameter zwischen vaginal und operativ entbundenen Kindern.

Aber die Frauen selbst dringen sehr oft auf Kaiserschnitt bei Beckenendlage. „Wir müssen den Zeitgeist verändern“, sagte Dudenhausen. „Ich bin fest davon überzeugt, dass eine Renaissance der vaginalen Geburt bevorsteht.“

Vielleicht treibt er diese Renaissance selbst noch voran, denn er geht mit Sicherheit nicht in den Ruhe-, sondern in den Unruhezustand – nach New York.

Rosemarie Stein

Netzwerk CIRS-Berlin: Der aktuelle Fall

Das Netzwerk CIRS-Berlin ist ein Kooperationsprojekt der Ärztekammer Berlin und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), an dem über 20 Berliner Kliniken teilnehmen. Ziel ist der gemeinsame Aufbau von Fehlerberichtssystemen (CIRS) und eines Risikomanagements zur Erhöhung der Patientensicherheit im Berliner Gesundheitswesen. Die monatlichen Anwender-Foren dienen dem Austausch der CIRS-Verantwortlichen der Kliniken untereinander. Sie beschließen dort gemeinsame Maßnahmen zur Bekanntmachung und Unterstützung ihrer hausinternen CIRS-Angebote und wählen in regelmäßigen Abständen aus allen eingegangenen Berichten den „Aktuellen Fall“ aus, kommentieren diesen und bereiten ihn für die Veröffentlichung auf.

Der Bericht: Seitenverwechslung

Fachgebiet: Chirurgie

Was ist passiert?

Bei einer Patientin sollte eine Leistenhernie in MIC-Technik operiert werden. Die Patientin machte kurz vor der OP unterschiedliche Angaben, welche Seite operiert werden sollte. Dies wurde zunächst auf die Wirkung der Prämedikation mit Dormicum zurückgeführt. Beim Nachschlagen in den Unterlagen (Chirurgische Aufklärung, Narkoseprotokoll, Chirurgischer Aufnahmebogen) zeigten sich jedoch auch hier unterschiedliche Angaben.

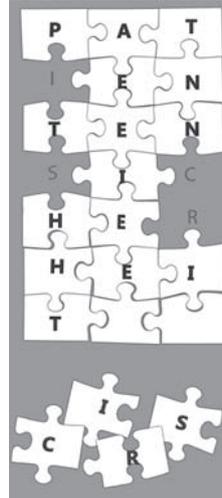
Was war das Ergebnis?

Die zu operierende Seite war jetzt kurz vor dem Eingriff nicht eindeutig festzustellen. Die Operation musste verschoben werden.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Gründe könnten Unachtsamkeit beim Ausfüllen der Unterlagen sein. Um so et-

was zu vermeiden, muss auf größte Sorgfalt bei der Bezeichnung der zu operierenden Seite geachtet werden. Man könnte die OP-Stelle bei der OP-Vorbereitung auf der Station auch mit einem kleinen Kreuz markieren.



Tipps und Kommentare des Anwender-Forums

Aus theoretischer Sicht ist jede Verwechslung des Eingriffsortes vermeidbar und stellt demnach ein vollständig beherrschbares Risiko dar. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass komplexe und arbeitsteilige Behandlungsabläufe in Krankenhäusern die Beherrschbarkeit dieses Risikos erschweren und die Verwechslungsgefahr erhöhen. Die Annahme, eine Verwechslung sei ein gravierendes Einzelereignis ist daher grundsätzlich in Frage zu stellen.

In diesem Falle kam es bei einer der letzten Kontrollstufen vor der OP zur Klärung, insofern als der Eingriffsort nicht mit Sicherheit zu bestimmen ist.

Konsequenzen / Management

Diese Beinahe-Eingriffsverwechslung muss schnittstellenübergreifend aufgearbeitet werden. Dabei muss geprüft werden, welche Kontrollstufen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen nicht vollständig durchgeführt wurden. In diesem Fall sind folgende verursachende Faktoren beteiligt:

- Der Eingriffsort war vor der OP nicht markiert worden.
- Die Patientin wurde vor der Prämedikation nicht zum Eingriffsort und zur Prozedur befragt.

- Die Dokumentation des Eingriffsortes in den Unterlagen (Chirurgische Aufklärung, Narkosebogen, Chirurgischer Aufnahmebogen) erfolgte nicht eindeutig und sorgfältig.
- Es wurde nicht mit einer OP-Checkliste gearbeitet.

Schlussfolgerungen

- Bei der Aufklärung oder am Morgen des Eingriffs vor der Prämedikation: Markierung des Eingriffsortes mit einem nicht abwischbaren Stift durch den Operateur (oder durch den über den Eingriff aufklärenden Arzt).
- Im Einleitungsraum: Überprüfung der Patientenidentität und des vorgesehenen Eingriffs anhand der Patientenakte. Wenn möglich aktive Befragung des Patienten zu Name, Geburtsdatum, Prozedur und Eingriffsort.
- Überprüfung der Markierung des Eingriffsortes
- Team-Time-Out des Behandlungsteams unmittelbar vor dem Schnitt: Kontrolle der Patientenidentität, der Prozedur und der OP-Lokalisation.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) veröffentlicht die Ergebnisse seiner Projektarbeit als Handlungsempfehlungen, die allen Einrichtungen im Gesundheitswesen kostenlos zur Verfügung stehen. Unter anderem wurden zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie veröffentlicht:

- Handlungsempfehlung (pdf)
- OP-Plakat (pdf)
- Flyer im Kitteltaschenformat (pdf)
- Musterbrief für Patienten (pdf)
- Broschüre mit Praxistipps (pdf)

<http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/downloads>

Den aktuellen Fall und weitere Informationen finden Sie unter www.cirs-berlin.de

300 Jahre Berliner Medizin

„...fürnehmlich dem Publico zu zeigen, was für Vortheile, so wohl denen armen Krancken, als auch zur Aufnahme der Medicinischen und Chirurgischen Wissenschaften, aus unsern hiesigen Anstalten erwachsen.“

Dies könnte das Motto der hier anzukündigenden Ausstellung sein, mit der das Berliner medizinhistorische Museum das Wissenschaftsjahr begleitet: „Charité: 300 Jahre Medizin in Berlin“. Der Titel passt, denn es geht nicht nur um die Charité, sondern um die wechselhafte Geschichte der Berliner Medizin, die hier quasi mit Spotlights punktuell beleuchtet wird.



Johann Theodor Eller

Und das Zitat passt auch. Es steht unter dem Portrait von Johann Theodor Eller, der 1727 erster Dirigierender Arzt der Charité wurde. Heute heißen „unsere hiesigen Anstalten“, soweit sie der Hochschulmedizin dienen, ja alle „Charité“, und die Ausstellung verwischt deren Grenzen so, als sei dies schon immer der Fall gewesen. Zum Beispiel hat nur etwa die Hälfte der ausgewählten Berliner Medizin-Koryphäen etwas mit der Charité zu tun. Als imposante Galerie rundgerahmter Reproduktionen schmücken sie die Wände eines Saals, der in Schaukästen Einzelthemen aus Forschung, Lehre und Versorgung darstellt. Emil du Bois-Reymond gehört ebenso wenig zur Charité wie Johannes Müller, Ernst von Bergmann oder Bernhard von Langenbeck. Ruhm und Ehre brachten sie vielmehr



Emil du Bois-Reymond

der medizinischen Fakultät, die erst Ende 1950, nach langem Annäherungsprozess, endgültig mit ihr fusionierte. Jahrzehntlang eng verbunden mit der Charité war hingegen Rudolf Virchow, für den die Berliner Universität den ersten Pathologie-Lehrstuhl schuf und ein großes Pathologisches Institut samt Museum errichten ließ – auf dem Gelände der Charité.

Der Ursprung der Charité als nie gebrauchtes Pesthaus ist gruselig visualisiert: eine Ratte, ein Handmodell mit Pestbeulen, eine Perforierzange für Briefe, die man durchröcherte, um „Miasmen“ unschädlich zu machen. Die bestimmte Epochen dominierenden Leiden werden in vier Häuschen dargestellt: Zuerst die Syphilis mit ihren Quecksilberkuren und die „Brustkrankheiten“ (Herz und Lunge) mit Instrumenten zum Schröpfen und zum



Rudolf Virchow

Aderlass. Dann, schon im 19. Jahrhundert, Cholera und Unfälle, letztere angedeutet durch Knochenfraktur-Präparate. Verunglückte Arbeiter von Borsig und anderen in der Umgebung entstandenen Werken wurden in die Charité eingeliefert. Das dritte Häuschen thematisiert die Psychosen, für die zum Beispiel eine Zwangsjacke steht, und die Diphtherie, der Ende des 19. Jahrhunderts ganze Scharen von Kindern zum Opfer fielen, ehe Emil von Behring sein Heilserum entwickelte. Die Tuberkulose, wahrhaftig eine Leitkrankheit dieser Zeit, fehlt. Zwei Volkskrankheiten der Gegenwart jedoch, dem Krebs und dem Rheuma, gehört das letzte Häuschen.

Die großen historischen und auch heutigen Leistungen der Berliner Medizin werden groß herausgestellt – aber wo bleibt die „Charité“, die Barmherzigkeit? Zögerlich besinnt sich die Charité auf ihre sozialen Wurzeln (ihre lange Geschichte als Armenasyl kommt hier etwas zu kurz, denn es geht ja um die Medizin). Bei der Präsentation dieser Sonderschau kam Jenny de la Torre Castro zu Wort. Die Ärztin, die sich seit vielen Jahren um die medizinische Versorgung der Obdachlosen verdient macht (und dafür auch eine Stiftung gründete), führt in Seminaren Charité-Studierende in dieses Gebiet ein. Sie weiß, ebenso wie seinerzeit Eller, der erste Charité-Arzt, dass die Medizin allein den Ärmsten der Armen nicht helfen kann. Die erhielten damals saubere Anstaltskleidung und eine stärkende Kost, denn – so Eller – „wo die Verpflegung fehlt, da können die Medicamenten wenigen Nutzen schaffen, und thut oftmahls diese bey armen Krancken mehr als die besten Artzeneyen“.

Rosemarie Stein

Charité. 300 Jahre Medizin in Berlin. Berliner medizinhistorisches Museum der Charité. Charitéplatz 1. Bis 27.2.2011, Di-So 10 bis 17, Mi und Sa bis 19 Uhr. – Kein Katalog, aber zwei kleine deutsch-englische, reich illustrierte Publikationen des Museums zum Thema: Petra Lennig: Die Berliner Charité. Schlaglichter aus drei Jahrhunderten. Und Isabel Atzel: Persönlichkeiten aus drei Jahrhunderten Berliner Medizin.

BERLINER  ÄRZTE

5/2010 47. 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
Titel: 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 Meinungsaustausch unter der Ärzteschaft und ihrer nahestehenden 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, Umlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Messedruck Leipzig GmbH,
An der Hebemärchte 6, 04316 Leipzig

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 € 74,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 49,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,05 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreislise 2010 vom 01.01.2010.

ISSN: 0939-5784