

# Kammerpolitik nach „Berliner Art“ bestätigt



Foto: Röse

**Dr. med. Günther Jonitz**  
ist Präsident der Ärztekammer  
Berlin

Seit 12 Jahren werden die Geschicke der Ärztekammer Berlin von einer großen Koalition aus niedergelassenen, Haus- und Krankenhausärzten geführt. Kooperation, sachlich-konstruktiver Meinungs- und Erfahrungsaustausch und gemeinsame Verantwortung sind die tragenden Prinzipien. Damit haben wir Zeichen gesetzt: Die Allgemeinmedizin als eigenes Gebiet zu erhalten wurde zunächst heftig kritisiert, beim letzten Deutschen Ärztetag wurde sie wieder in die Musterweiterbildungsordnung aufgenommen.

„Patientensicherheit“ als Thema, das aktiv angegangen werden kann und soll, ging von der Ärztekammer Berlin aus. Es kann nicht mehr als politische Waffe gegen die Ärzteschaft verwendet werden und hilft, Probleme und Risiken zu benennen und zu reduzieren. Wir kön-

nen uns besser davor schützen, individuell für riskante Arbeitsbedingungen haftbar gemacht zu werden.

Der Versuch des Berliner Senats, die demokratische Steuerung unserer Ärzteversorgung einzuschränken, wurde auf dem Gerichtswege zumindest vorläufig gestoppt. Kritik wird konstruktiv aufgenommen, die Ärztekammer zur Dienstleistungseinrichtung mit hoheitlichem Auftrag weiterentwickelt.

Dieser Kurs wurde von den Wählerinnen und Wählern zur 13. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin bestätigt: Die bisher zusammenarbeitenden Listen bauen ihren Anteil auf 32 Sitze aus (+ 2), der Marburger Bund ist nunmehr zweitstärkste Fraktion hinter der ALLIANZ. Die Wahlbeteiligung ist geringfügig um 0,3 Prozentpunkte gestiegen. Der Abwärtstrend, der in zahlreichen Kammerbereichen zu beobachten ist, ist gestoppt.

Stellvertretend für den amtierenden Vorstand möchte ich mich bei allen Kolleginnen und Kollegen bedanken, die von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht haben. Politik ist immer eine komplizierte und manchmal langwierige Angelegenheit. Sie haben sich davon

nicht irritieren lassen. Sie haben die Vertretung ärztlicher Interessen nach „Berliner Art“ gestärkt. Allen anderen sei Mut gemacht für die nächsten Wahlen. Je desorientierter eine Politik auf Bundes- oder Landesebene ist, je mehr sich Ärztegruppen in politisch mit feiner Absicht geförderten Stammeskämpfen gegenseitig paralisieren, desto nötiger ist eine unabhängige und sachkundige Vertretung ärztlicher Interessen. Die Stimme der Ärztekammer Berlin wird gehört.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für 2011!

## Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein



Die Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2011 wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten. Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an Mitarbeiterin-

nen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anderer staatlicher Einrichtungen.

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 23.-25. März 2011.

Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg 1.

Das Programm umfasst Themen aus den Bereichen Verbraucherschutz, Umwelt und Gesundheit sowie dem Gesundheitsschutz. Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte

und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurden erteilt.

Die Veranstaltung ist durch die Apothekerkammer zertifiziert und wird von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkannt.

Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung ist erforderlich. Das Anmeldeformular sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter [www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de) (Menupunkt Veranstaltungen).



EDITORIAL.....

**Kammerpolitik nach „Berliner Art“ bestätigt**

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Salzreduktion in Lebensmitteln**

Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung..... 11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Tradition und lebendiges Wissen**

150 Jahre Berliner Medizinische Gesellschaft  
Von E. Neumann-von Meding.....20

**Delegierte beschließen erneut Senkung der Kammerbeiträge**

Bericht von der Delegiertenversammlung am 17. November 2010  
Von Sascha Rudat..... 24

**Fachübergreifende Bereitschaftsdienste – Risiken und Nebenwirkungen**

Von Sven Niemeck..... 28

**Die deutsche Psychiatrie stellt sich ihrer Vergangenheit**

Von Rosemarie Stein..... 30

FORTBILDUNG.....

**Sicherer verordnen** .....10

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin**..... 22

FEUILLETON.....

**Wie verkauft man die Psychiatrie?**

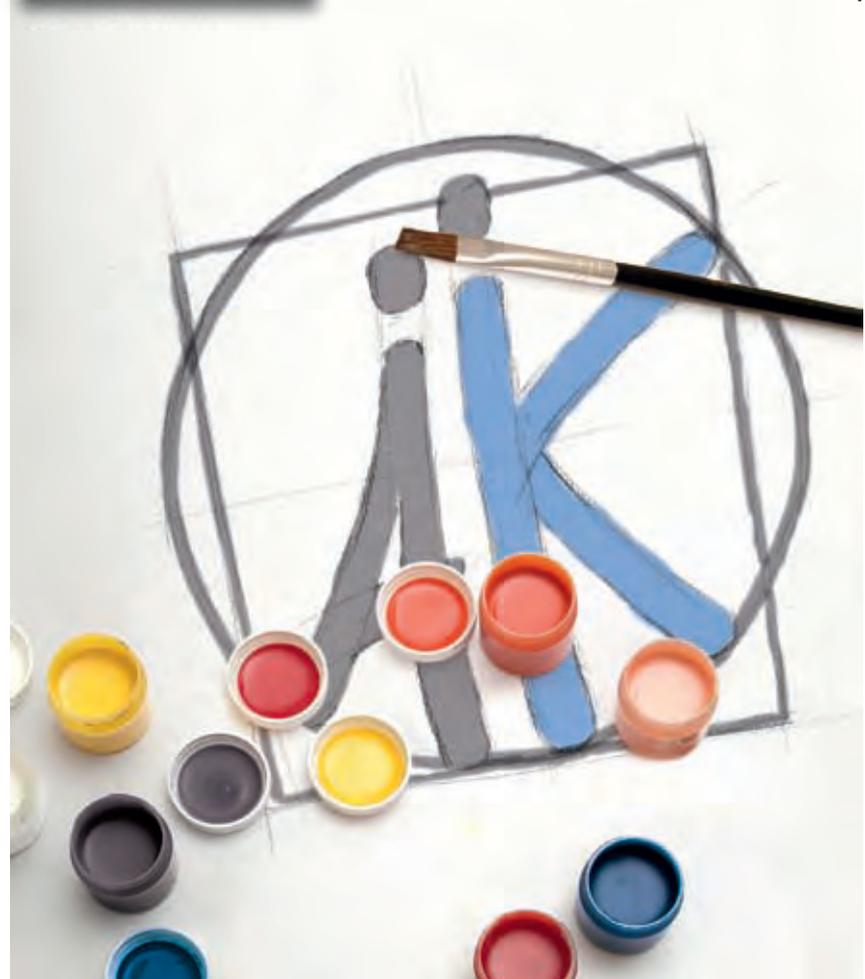
Von Rosemarie Stein..... 34



## Berliner Ärzte und Ärztinnen haben gewählt

Die Berliner Ärzteschaft hat eine neue Delegiertenversammlung gewählt. Lesen Sie alle Ergebnisse, Trends und Entwicklungen rund um das Kammerparlament in unserem Titelthema.

Von Sascha Rudat..... 14



## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Evangelische Elisabeth Klinik Paul Gerhardt Diakonie e.V.

Seit 1. November ist PD Dr. med. Stefan Klima neuer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie. Zuvor war Klima als Oberarzt in der Orthopädischen Klinik der Martin-Luther-Universität in Halle und als Oberarzt der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie der Universität Leipzig tätig. Er trat die Nachfolge von Dr. med. Veljko Sakoman an, der nach 8 Jahren das Unternehmen verließ.

### DRK Kliniken Berlin

Dr. med. Bidjan Sobhani ist seit November 2010 zum ärztlichen Direktor der DRK Kliniken Berlin bestellt. Dr. Sobhani ist als Facharzt für Chirurgie seit 13 Jahren im Management der DRK Kliniken Berlin tätig, zuletzt als Bereichsleiter Strategie und Innovation. Neben seiner Funktion als Ärztlicher Direktor ist er zudem Geschäftsführer der DRK Kliniken Berlin / Erziehung und Bildung GmbH, seit Juli dieses Jahres auch Geschäftsführer der DRK Kliniken Berlin MVZ GmbH.

### Schlosspark-Klinik

Dr. med. Thomas Rost wurde zum 1. Januar neuer Chefarzt der Abteilung für Chirurgie. Er löst Dr. med. Stefan Farke ab, der die Klinik verlässt. Rost wechselt aus dem Helios Klinikum Emil von Behring, in dem er als Leitender Oberarzt tätig war.

## NACHRICHTEN

---

**Schlosspark-Klinik und Park-Klinik Weißensee** Neuer Ärztlicher Geschäftsführer der beiden Kliniken ist seit Januar PD Dr. med. Mario Hensel. Er übernahm diese Position von Prof. Dr. med. Bodo Paul, der in den Ruhestand geht. Dr. Hensel wechselt als Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Park-Klinik Weißensee, die er seit 2007 inne hatte, in die Geschäftsführung des Klinikverbundes.

**HELIOS Klinikum Emil von Behring** Zum Jahresanfang hat Professor Dr. med. Marc H. Jansen als Chefarzt die Leitung der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie übernommen. Prof. Jansen war seit 2007 als leitender Oberarzt in der Klinik für Allgemein- und Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Aachen tätig. Er löste PD Dr. med. Robert Pfitzmann ab, der aus dem Klinikbetrieb ausschied.

**ZAR Zentrum für ambulante Rehabilitation (Gartenstraße 5, 10115 Berlin-Mitte)** Prof. Dr. Diethard Steube, Chirurg/Neurochirurg und Arzt für Neuroradiologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, ist neuer Chefarzt der Abteilung Neurologie. Zuvor war Steube 20 Jahre in der stationären neurologischen Frührehabilitation tätig. Sein Vorgänger, Dr. Iwersen-Schmidt, ist aus privaten Gründen ausgeschieden.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

---

ANZEIGE

## Vorbeugung gegen tiefe Venenthrombose



Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) hat auf seiner Homepage eine Informationsbroschüre für Patienten mit eingeschränkter Gehfähigkeit nach einer Operation oder Verletzung veröffentlicht. Mit den Patienten gerecht aufbereiteten Informationen will das APS gegen tiefe Venenthrombosen vorbeugen. Dabei wird erklärt, warum tiefe Venenthrombosen so gefährlich sind, welche Patienten besonders gefährdet sind und welche Risikofaktoren eine Thrombose begünstigen.

Umfangreich und anschaulich wird geschildert, was Patienten selbst zur Vorbeugung tun können. Dabei werden auch entsprechende Übungen gezeigt.



Das APS, dessen 1. Vorsitzender der Berliner Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz ist, ist die Plattform für eine sichere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Vertreter aller Gesundheitsberufe und -institutionen, Patientenorganisationen und Interessierte haben sich zu einem gemeinsamen Netzwerk zusammengeschlossen. In Arbeitsgruppen, Gremiumssitzungen, Jahrestagungen und auf Fachkongressen fördern sie den gegenseitigen Austausch und erarbeiten Lösungen zu konkreten Projekten.

Die zweiseitige Broschüre, die Sie betroffenen Patienten mitgeben können, finden Sie unter [www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de) unter der Rubrik Veröffentlichungen und Downloads zum Ausdruck.

## ÄZQ schließt Clearingverfahren für Arztbewertungsportale ab



Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) die Qualität von zehn Arztbewertungsportalen untersucht und stellt die Ergebnisse jetzt online vor.

Arztbewertungsportale im Internet haben in den letzten Jahren stark zugenommen – sowohl die Anzahl der Portale, als auch deren Nutzer. BÄK und KBV beauftragten deshalb im Dezember 2009 das ÄZQ, ein Clearingverfahren für solche Portale einzurichten. Ziel war, die Qualität der Arztbewertungsportale systematisch zu untersuchen und zu vergleichen. Die methodische Grundlage bildete dabei der Kriterienkatalog „Gute Praxis Arzt und Klinikbewertungsportale. Modul 1: Qualitätsanforderungen für Arztbewertungsportale“, den ein Expertenkreis unter Moderation des ÄZQ 2009 veröffentlicht hatte. Die 40 Kriterien dieser Checkliste berücksichtigen rechtliche Vorgaben, Datenschutzfragen, Transparenz, den Schutz vor Missbrauch und auch die Nutzerfreundlichkeit.

Von Mai bis September 2010 bewerteten jeweils zwei Gutachterinnen/Gutachter unabhängig voneinander die zehn Arztbewertungsportale. Das Ergebnis: Das beste Portal erfüllte die Kriterien der Checkliste zu 85 Prozent, das schlechteste zu 30 Prozent, die übrigen Anbieter reihen sich gleichmäßig dazwischen ein. Dabei hielten sich nahezu alle Portale an die rechtlichen Vorgaben.

Mängel zeigten sie dagegen vor allem bei der Kommunikation mit den Ärzten, zum Beispiel bei den Kriterien: „Werden Ärzte über die Aufnahme in das Portal informiert?“ oder „Werden Ärzte vor der Veröffentlichung von Bewer-



tungen informiert?“ Kein Portal erfüllte diese Kriterien. Auch eine Mindestanzahl an Bewertungen war bei keinem Anbieter erforderlich. Und: Nur wenige Portale räumten Ärzten die Möglichkeit zu einer Gegendarstellung ein oder machten Angaben zur Aktualität der Arzteinträge. Im Oktober 2010 erhielten alle Betreiber ihren Qualitätsbericht zur Kenntnis. Die Stellungnahmen

der Portalbetreiber dazu werden zusammen mit den Gutachten veröffentlicht. Aus den Stellungnahmen geht hervor, dass viele Betreiber die Gutachten zum Anlass genommen haben, ihr Angebot zu überarbeiten. Im Kriterienkatalog geforderte Angaben und Maßnahmen, etwa die Möglichkeit zum Widerspruch gegen die Aufnahme in das Verzeichnis, sind inzwischen auf den Webseiten zu finden oder sollen bei der nächsten Überarbeitung berücksichtigt werden. Ein Portalbetreiber hatte seinen Internetauftritt bereits vor Versand des Gutachtens neu gelauncht, und

dabei wesentliche Qualitätsanforderungen des Kriterienkatalogs berücksichtigt. Damit haben sowohl der Kriterienkatalog als auch das Clearingverfahren bereits jetzt die Portallandschaft verändert.

Alle Gutachten und eine Ergebnisübersicht sind auf [www.arztbewertungsportale.de](http://www.arztbewertungsportale.de) zur Nutzung durch die ärztliche Selbstverwaltung in einem passwortgeschützten Bereich eingestellt.

•Checkliste im Internet:  
[www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/arztportale-modul-1.pdf](http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/arztportale-modul-1.pdf)

ANZEIGE

Statine

## Neue Indikationsgebiete?

Die Anwendung von Statinen zur Senkung zu hoher Cholesterinwerte wurde in letzter Zeit etwas relativiert (z.B. Zurückhaltung im hohen Alter, Anwendung nur bei hohem kardiovaskulärem Risikoprofil). Nach übertriebener Indikationsausweitung, z.B. als genereller Bestandteil einer sog. Poly-pill für Gesunde, sehr zu begrüßen.

Wohl nicht zufällig wurden kürzlich neue „Wirkungen“ der Statine entdeckt: sie sollen das Darmkrebsrisiko senken (12 % selteneres Kolorektalkarzinom) und auch epileptische Krampfanfälle reduzieren (bei über 65-Jährigen eine 35 % geringere Wahr-

scheinlichkeit an Epilepsie zu erkranken). Fragen nach der Finanzierung dieser Studien stellen sich nicht.

Bei zu hohen Cholesterinwerten sind primär Lebensstiländerungen und abwartende Beobachtung angezeigt – schwere Formen der Hypercholesterinämie und Hochrisikopatienten ausgenommen.

Quellen: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)

*Gadolinium-haltige Kontrastmittel*

## Nephrogene systemische Fibrosen

Die europäische Arzneimittelbehörde hat eine neue Bewertung des Risikos einer lebensbedrohlichen nephrogenen systemischen Fibrose (Verdickung des Bindegewebes der Haut bis hin

zu Gelenkkontrakturen und systemischer Beteiligung innerer Organe) unter der Gabe Gadolinium-haltiger MRT-Kontrastmitteln erstellt. Bei drei Risikoklassen sind folgende Kontrastmittel mit einem hohen Risiko verbunden: Gadodiamid (Omniscan®), Gadoversetamid (OptiMark®), Gadopentetsäure (Magnevist®). Bei allen Patienten sollte vor der Anwendung das Vorliegen einer Nierenfunktionsstörung abgeklärt, eine möglichst niedrige Dosis angewandt und die Untersuchung für min-

destens 7 Tage nicht wiederholt werden, auch bei Kontrastmittel mit niedrigem Risiko wie Gadobutrol (Gadovist®).

Erhöhte Konzentrationen von Gadolinium – in der Natur nur sehr selten – wurden vor kurzem im Berliner Grundwasser gefunden. Gadolinium könnte ein Marker für eine Belastung mit anderen Arzneistoffen sein, die ebenfalls nicht aus den Abwässern geklärt werden.

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2010 - 114, [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

**Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.**

**Telefon: 0211/4302-1560, Telefax: 0211/4302-1588,**

**E-Mail: [dr.hopf@aeckno.de](mailto:dr.hopf@aeckno.de)**

**Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 12/2010

ANZEIGEN

## Salzreduktion in Lebensmitteln

Hoher Blutdruck ist ein wesentlicher Risikofaktor für Herz-Kreislaufkrankungen und steht weltweit in der Todesursachenstatistik an führender Stelle. Der Einfluss und die Bedeutung der Kochsalzaufnahme wurden in zahlreichen experimentellen, epidemiologischen und klinischen Studien festgestellt, wengleich der Evidenzgrad unterschiedlich sein kann und teilweise auch widersprüchliche Ergebnisse vorliegen.

der körperlichen Aktivität, einem vermehrten Konsum von Früchten und Gemüse sowie einer Stressreduktion kombiniert wird. Insofern hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden, wodurch das multiple Konzept der Risikofaktoren, welche für die Entstehung von Bluthochdruck und Folgeerkrankungen wie Schlaganfall und Herzinfarkt verantwortlich sind, angemessen berücksichtigt wird.

Die geschätzte Salzaufnahme der deutschen Bevölkerung liegt bei



### Salzaufnahme verringern

Männern und Frauen im Median bei 8 g bzw. 6 g/Tag (ohne Berücksichtigung des Zusatzens und genauer Beiträge aus Fertigprodukten). Weil die Datenlage methodisch bedingt eine Unterschätzung der tatsächlichen Aufnahme darstellt, bedeutet dies, dass die Mehrheit der Bevölkerung den obersten Richtwert zur Salzaufnahme von 6 g/Tag überschreitet.

Die Wirksamkeit der Salzreduktion lässt sich auf die Situation der Allgemeinbevölkerung übertragen. Nachteilige Effekte sind bei einer moderaten Kochsalzreduktion auf 5-6 g/Tag nicht zu erwarten. Das BfR empfiehlt deshalb, den Salzgehalt bei verarbeiteten Lebensmitteln, die in wesentlichem Maß zur Salzaufnahme beitragen, zu verringern.

### Wirkung auf Blutdruck

Bei jungen Männern sowie Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren wird die höchste Salzaufnahme (11 g/Tag) beobachtet. Das meiste Salz kommt in verarbeiteten Lebensmitteln wie Brot, Fleisch- und Wurstwaren, Milchprodukten und Käse sowie Fertigprodukten vor. Hinreichende bis gute Evidenz unterstützt die Wirksamkeit einer Salzreduktion in Lebensmitteln zur Reduzierung des Blutdrucks bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren. Die Wirkung auf den Blutdruck ist umso ausgeprägter, wenn er mit weiteren präventiven Maßnahmen wie dem Anstreben eines gesunden Körpergewichts, der Erhöhung

### Kennzeichnung notwendung

Notwendig ist eine bessere Kennzeichnung des Salzgehaltes. Unter Berücksichtigung der globalen WHO-Strategie über Ernährung, Bewegung und Gesundheit wird gleichfalls empfohlen, den Wissensstand der Bevölkerung über den Zusammenhang zwischen Salzkonsum und Gesundheit in dem Sinne zu verbessern, dass die Eigenverantwortung des Verbrauchers gestärkt wird.

[www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)

## Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte/ Arzthelferinnen



### Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am

15. März 2011 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 11. Februar 2011. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt.

### Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen im Sommer 2011 für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen finden an folgenden Tagen statt:  
Schriftlicher Teil der Prüfung: 02. und 03. Mai 2011, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Praktischer Teil der Prüfung: 30. Mai 2011 bis 09. Juli 2011, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Ausbildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum 11. Februar 2011 mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine

Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehlitage in der Berufsschule während der Ausbildungszeit oder die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Abschrift, Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Fehlitage in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise.

Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt.

### Fortbildung

## Wirksame Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

Ob sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik oder eine Praxis, ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung heute ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein? Wie kann man im komplexen Netzwerk Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Abendliche Kamingespräche bieten zusätzlich zum Tagesprogramm die Gelegenheit, mit Protagonisten aus dem Gesundheitswesen aktuelle Fragestellungen der Führung und der Gesundheitspolitik zu erörtern.

Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

### Termine:

Modul 1	Die Praxis des Führens	Do. 12.05. – 14.05.2011
Modul 2	Führen als interaktiver Prozess	Do. 16.06. – 18.06.2011
Modul 3	Gesundheitspolitischer Rahmen betriebswirtschaftl. Steuerung Change Management	Do. 15.09. – 17.09.2010
Modul 4	Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr. 09.12.2011

Veranstalter: Ärztekammer Berlin  
Kursleitung: Dr. Henning Schaefer

Ort: Wannsee Forum/Berlin und Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

### Ihre Ansprechpartnerinnen für weitere Informationen und Unterlagen:

Frau Mindel-Hennies Tel.: 030 – 8133163  
E-Mail: aertzliche-fuehrung2011@aekb.de

Frau Andresen-Langholz Tel.: 030 – 40806 1301  
E-Mail: aertzliche-fuehrung2011@aekb.de

## Versorgungsleitlinie

**Vorgezogene Abschlussprüfungen**

**Schriftlicher Teil der Prüfung:**  
02. und 03. Mai 2011, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

**Praktischer Teil der Prüfung:**  
30. Mai 2011 bis 09. Juli 2011, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule, eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltag in der Berufsschule während der Ausbildungszeit oder die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Abschrift, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum 11. Februar 2011 eingereicht werden.

**Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen**

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen.

Bitte fügen Sie einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer:  
030 / 40 80 6 - 2626.

**Nationale Versorgungsleitlinie zum Kreuzschmerz veröffentlicht**

Die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Kreuzschmerz“ steht ab sofort in der Version 1.0 im Internet zum Download bereit. Das pdf-Dokument kann kostenlos herunter geladen werden. Eine Druckfassung ist geplant.

Kreuzschmerzen verursachen in Deutschland direkte Kosten in Höhe von 8,4 Milliarden Euro pro Jahr. Hinzu kommen die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung – Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistiken der Anlässe für medizinische Rehabilitation und Arbeitsunfähigkeit an.

Zwar existieren zahlreiche Therapieangebote, und einige der Behandlungsmöglichkeiten wurden in den letzten Jahren gut untersucht. Dennoch lässt sich die Versorgung der Patientinnen und Patienten in allen Bereichen noch deutlich verbessern.

**Ziele der Leitlinie**

Die NVL Kreuzschmerz vereinbart evidenzbasierte Empfehlungen verschiedener deutscher und internationaler Leitlinien-Herausgeber. Sie gibt Hilfen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akutem, subakutem und chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz und richtet sich dabei sowohl an Ärzte als auch an alle nichtärztlichen Berufsgruppen, die an der Versorgung beteiligt sind. Großen Wert legten die Herausgeber dabei auf die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Deshalb beteiligten sich an der NVL Kreuzschmerz nicht nur über 20 ärztliche Organisa-

tionen und Patientenvertreter/-innen, sondern etwa auch der Deutsche Verband für Physiotherapie, der Deutsche Verband der Ergotherapeuten, die Bundespsychotherapeutenkammer sowie der Deutsche Rentenversicherung Bund.

Durch die Empfehlungen sollen zum Beispiel diagnostische Maßnahmen ohne Konsequenzen vermieden, Chronifizierungen verhindert und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Patientinnen und Patienten erhalten oder wiederhergestellt werden.

**Wichtige Ergebnisse**

Die NVL Kreuzschmerz gibt Empfehlungen zur Diagnostik, nicht-medikamentöser und medikamentöser Therapie sowie zur Prävention von nichtspezifischem Kreuzschmerz.

Sie empfiehlt zum Beispiel, dass nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe durch Anamnese und guter körperlicher Untersuchung, im akuten Stadium keine bildgebende Untersuchung durchgeführt werden soll. Im Vordergrund steht die Aktivierung der Betroffenen.

Zur Früherkennung bedrohlicher Ursachen benennt die NVL Kreuzschmerz so genannte „red flags“, die bei allen Patientinnen und Patienten beachtet werden müssen. Sie dienen dazu, eine potentiell gefährliche Erkrankungssituation zu erkennen und eine angemessene Abklärung und Behandlung einzuleiten. Darüber hinaus listet die

Leitlinie „yellow flags“ auf – spezifische Warnhinweise, die psychosoziale Risikofaktoren anzeigen. Bei ihrem Vorliegen gibt sie Empfehlungen, wie beim Patienten/bei der Patientin ein adäquate, biopsychosoziales Krankheitsverständnis gefördert werden kann, um einer Chronifizierung vorzubeugen.

Die Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz sind als Langfassung und als Kurzversion veröffentlicht. Daneben erscheinen ein Leitlinienreport und Praxishilfen. Für das nächste Jahr plant das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) außerdem eine Patientenleitlinie zu erstellen.

**Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien**

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Mit der Durchführung wurde das ÄZQ beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Experten verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte Patientenversorgung darzustellen.

Unter [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de) stehen sowohl eine Lang- als auch eine Kurzfassung zum Download bereit.

# Menue



## Berliner Ärztinnen und Ärzte haben gewählt

Die Berliner Ärztinnen und Ärzte haben die 13. Delegiertenversammlung gewählt. In der Zeit vom 19. Oktober bis zum 3. Dezember 2010 hatten die Kammermitglieder Gelegenheit, per Briefwahl ihr „Parlament“ zu wählen. Nach der Auszählung der Wahlbriefe gab der stellvertretende Wahlleiter am Abend des 4. Dezember das Endergebnis nach einem zweitägigen Auszählungs-marathon bekannt: Die Arbeit der amtierenden Koalition wurde von den Wählerinnen und Wählern bestätigt. Die Liste „Allianz Berliner Ärzte/Hartmannbund/NAV-Virchowbund“ wurde erneut stärkste Fraktion. Deutlich zulegen konnte der „Marburger Bund“, er gewann drei Sitze; die „Fraktion Gesundheit“ muss zwei Sitze abgeben. Damit steigt der Vorsprung der Koalition aus „Allianz Berliner Ärzte“, „Marburger Bund“ und „Hausarztliste/BDA“, deren Fortsetzung als wahrscheinlich gilt, von 15 auf 19 Sitze deutlich.

*Von Sascha Rudat*

**S**tärkste Fraktion in der neuen Delegiertenversammlung ist erneut die Liste „Allianz Berliner Ärzte/Hartmann-bund/NAV-Virchowbund“ mit 32,1% der gültigen Stimmen (2006: 33,1%). Das entspricht wieder 15 Sitzen

in der Delegiertenversammlung. Zweitstärkste Fraktion ist erstmals der „Marburger Bund“, er legte um 6 Prozentpunkte auf 28,1% deutlich zu und wird mit 13 Sitzen vertreten sein. Drittstärkste Kraft wurde die „Fraktion

Gesundheit“. Sie erhielt 25,2 % der Stimmen (2006: 30,1%) und besetzt damit 12 Sitze. Es folgt die „Hausarztliste/BDA“ mit 10,0% (4 Sitze). Die Liste „Niedergelassene Ärzte“ behält mit 2,4 % der Stimmen einen Sitz.

Wahlvorschlag	Wahl 2010			Vergleich Wahl 2006		
	Stimmen	Prozent	Sitze	Stimmen	Prozent	Sitze
Wahlvorschlag 1 Marburger Bund	2.940	28,1	13	2.111	22,1	10
Wahlvorschlag 2 Fraktion Gesundheit	2.639	25,2	12	2.873	30,1	14
Wahlvorschlag 3 Allianz Berliner Ärzte/ Hartmannbund/NAV- Virchow-bund	3.366	32,1	15	3.160	33,1	15
Wahlvorschlag 4 Hausarztliste/BDA	1.051	10,0	4	1.136	11,9	5
Wahlvorschlag 5 Freie Ärzteschaft	100	1,0	0	-	-	-
Wahlvorschlag 6 Gesunder Ärzteverband	127	1,2	0	-	-	-
Wahlvorschlag 7 Niedergelassene Ärzte	250	2,4	1	279	2,9	1

## Trends und Entwicklungen

Die amtierende Koalition aus „Allianz Berliner Ärzte“, „Marburger Bund“ und „Hausarztliste/BDA“ geht erneut gestärkt aus der Kammerwahl hervor. Während die „Allianz Berliner Ärzte“ mit ihrem Spitzenkandidaten Elmar Wille auf dem hohen Niveau von vor vier Jahren blieb, konnte der „Marburger Bund“, dem Kammerpräsident Günther Jonitz angehört, deutlich zulegen. Beide konnten nominal Stimmen gewinnen („Allianz“: +206 Stimmen, MB: +829 Stimmen).

Der dritte Koalitionspartner, „Hausarztliste/BDA“, verlor einen Sitz (-85 Stimmen). Die „Fraktion Gesundheit“,

ehemals stärkste Kraft in der Delegiertenversammlung, rutschte auf den dritten Rang ab und verlor zwei Sitze (-234 Stimmen).

Die Liste „Niedergelassene Ärzte“, die zum zweiten Mal angetreten war, konnte wieder einen Sitz erringen (-29 Stimmen). Nicht vertreten sind in der kommenden Delegiertenversammlung die erstmals angetretenen Wahlvorschläge „Freie Ärzteschaft“ und „Gesunder Ärzteverband“, die lediglich 1,0 bzw. 1,2% der Stimmen erhielten.

Da keine der Listen eine absolute Mehrheit erringen konnte, müssen sich, wie in der Vergangenheit üblich, Koalitionen

bilden. Die bewährte Koalition aus „Allianz Berliner Ärzte“, „Marburger Bund“ und „Hausarztliste/BDA“ hätte bei einer weiteren Zusammenarbeit, die als wahrscheinlich gilt, eine deutlich ausgebauten Mehrheit von 19 Sitzen (2006: 15 Sitze).

Andere mögliche Konstellationen („Marburger Bund“ und „Fraktion Gesundheit“ oder „Allianz Berliner Ärzte“ und „Fraktion Gesundheit“) gelten als wenig wahrscheinlich.

Die Sitze im Vorstand waren bisher nach dem Kräfteverhältnis der Koalition verteilt.



Die Wahlbriefe werden herangerollt



Kammermitarbeiterinnen beim Prüfen der Wahlbriefe



Die vorsortierten Stimmkarten

## Erneut bestes Einzelergebnis für Wille

Elmar Wille („Allianz Berliner Ärzte“) erhielt erneut die meisten Vorzugsstimmen. Mit 789 Stimmen konnte der Mariendorfer Augenarzt, der seit 1999 Vizepräsident der Kammer ist, sein Ergebnis von 2006 aber nicht erreichen (-136 Stimmen). Das zweitbeste Ergebnis erzielte Kammerpräsident Jonitz („Marburger Bund“) mit 593 Stimmen und legte damit um 75 Stimmen zu. Das drittbeste Ergebnis wurde vom MB-Landesvorsitzenden Kilian Tegethoff erreicht, der auf 421 gegenüber 266 Stimmen im Jahr 2006 kam. Der Charité-Personalratsvorsitzende konnte sich damit am stärksten steigern. Bei der „Hausarztliste/BDA“ führte erneut Angelika Prehn die Rangfolge an (236 Stimmen). Die KV-Vorsitzende musste aber Stimmverluste hinnehmen (-123 Stimmen). Auf dem zweiten Platz innerhalb der Liste kam Wolfgang Kreisler, der sich um 74 auf 191 Stimmen steigern konnte.

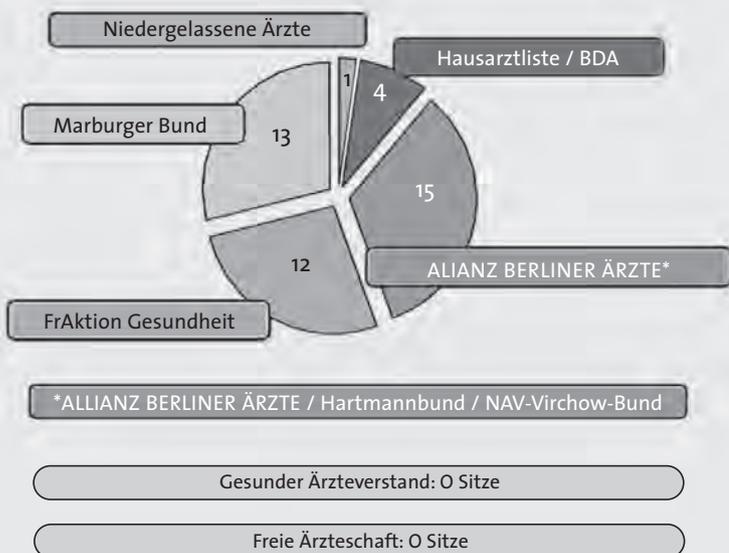
Das beste Einzelergebnis der „Fraktion Gesundheit“ errang wie vor vier Jahren Wolfram Singendonk mit 286 Stimmen (2006: 306 Stimmen). Der niedergelassene Kinderarzt aus Steglitz platzierte sich damit vor Antje Blankau und Cora Jacoby (beide 172 Stimmen). Andreas

Grüneisen folgte auf Platz 4 mit 168 nach 227 Stimmen vor vier Jahren. Auf dem 7. Platz landete Ex-Kammerpräsident Ellis Huber mit 90 Wählerstimmen (2006: 160 Stimmen). Vor vier Jahren hatte er wie einige andere Delegierte der Fraktion Gesundheit die Wahl aber nicht angenommen. Ob er der neuen DV angehören wird, ist nicht bekannt.

Innerhalb der „Allianz Berliner Ärzte“ konnte Svea Keller mit 314 Stimmen den zweiten Platz belegen, gefolgt von Kinderchirurg Harald Mau mit 303 Stimmen. Den vierten Rang erreichte Burkhard Bratzke mit 254 Stimmen. Für die zum zweiten Mal angetretene Liste „Niedergelassene Ärzte“ erreichte Sergej Popow 35 Stimmen.

### Kammerwahl 2010 - Wahlergebnis

Sitzverteilung in der 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung



## Stabile Wahlbeteiligung

Die Wahlbeteiligung lag bei 38,9% gegenüber 38,6% im Jahr 2006. Damit haben 10.473 der 27.179 stimmberechtigten Kammermitglieder ihre gültige Stimme abgegeben. Erfreulicherweise konnte damit der Trend zur zurückgehenden Wahlbeteiligung gestoppt werden. Es wurden rund 900 gültige Stimmen mehr abgegeben als vor vier Jahren, das heißt erstmals seit 1990 ist die Zahl der Stimmen wieder gestiegen.

## Zweitägiger Auszählungs-marathon

Der Feststellung der Wahlergebnisse durch den stellvertretenden Wahlleiter Sigurd Peters war ein zweitägiger Auszählungs-marathon vorausgegangen, bei dem fast alle der rund 90 Kammermitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Einsatz waren. Sobald der Wahlzeitraum am Freitag, den 3. Dezember um 18 Uhr geendet hatte, ging ihre Arbeit los. Über 10.000 Wahlbriefe mussten geöffnet und erfasst werden. Dabei mussten die Mitglieder des Wahlausschusses zusammen mit Wahlkoordinator Christoph Röhrig immer wieder die Entscheidung über die Gültigkeit problematischer Wahlbriefe, Stimmkartenumschläge und Stimmkarten treffen. Im Anschluss wurden die 1. Hauptstimmen sortiert und erstmals ausgezählt. Gegen 23 Uhr konnte der Wahlausschuss schließlich das vorläufige Ergebnis der 1. Hauptstimmenauszählung verkünden, das umgehend auf der Homepage der Ärztekammer veröffentlicht wurde.

Am Samstagvormittag erfolgte zunächst eine Kontrollzählung der am Freitag ausgezählten Hauptstimmen: Sämtliche



Die Kammerjuristen Maren Stienecker und Sven Niemeck begutachten problematische Wahlbriefe

Stimmkarten wurden mit Zählstempeln erfasst und je Wahlvorschlag fortlaufend durchnummeriert; ein aufwändiges aber dokumentationssicheres und belastbares Zählverfahren. Im Rahmen der Ermittlung der Kandidatenranglisten der Wahlvorschläge fand schließlich eine – technisch unterstützte – Kontrollerfassung der abgegebenen Hauptstimmen statt. Diese Zählung bestätigte die vorherige Stempelzählung 1:1, und zwar sowohl in Bezug auf die Gesamtzahl der abgegebenen Hauptstimmen als auch in Bezug auf die den einzelnen Wahlvorschlägen zugefallenen Hauptstimmen. Der Wahlausschuss konnte das über drei Zählungen sicher ermittelte Ergebnis der Hauptstimmen dann guten Gewissens zur Berechnung der Sitzverteilung nach dem von der Wahlordnung vorgegebenen Höchstzahlverfahren d'Hondt an den Leiter der Geschäftsstelle der Landeswahlleiterin, Herrn Baasen, geben. Im Anschluss an die Berechnung der Sitzverteilung wurde das endgültige Ergebnis der Auszählung der Hauptstimmen festgestellt und nieder-

geschrieben. Auch die Vorzugsstimmenzählung und -erfassung wurde vom Wahlausschuss fortwährend beaufsichtigt, kontrolliert und anhand umfang- und zahlreicher Protokolle dokumentiert. Problemfälle wurden vom Wahlausschuss zügig begutachtet und entschieden.

Zur Feststellung der Kandidatenranglisten der Wahlvorschläge entschied der Wahlausschuss bei Stimmgleichheit von um den letzten Listenplatz konkurrierenden Bewerbern sowie bei Stimmgleichheit von um einen Nachrückerplatz konkurrierenden Bewerbern gemäß Wahlordnung durch Los. Am Samstagabend gegen 20 Uhr stand das Wahlergebnis schließlich fest. Nach der Verkündung durch den stellvertretenden Wahlleiter wurde es im Internet mitgeteilt. Die offizielle Bekanntmachung des Wahlergebnisses ist nach den Vorgaben der Wahlordnung im Amtsblatt für Berlin erfolgt.

## Vorstandswahl im Januar

Die neu gewählte Delegiertenversammlung tritt am 19. Januar 2011 erstmals zusammen. In dieser konstituierenden Sitzung werden dann der neue Vorstand sowie der Präsident und der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin gewählt.

srd

Wahlbeteiligung	2010	2006	2002	1998	1994
Wahlberechtigte	27.179	25.139	24.180	23.095	23.314
Eingegangene Wahlbriefe	10.576	9.713	10.185	11.434	11.742
Gültige Stimmen	10.473	9.559	9.974	11.311	11.326
Wahlbeteiligung	38,9%	38,6%	42,2%	49,5%	55,1%



Die Vorzugsstimmkarten werden paginiert



Die Mitglieder des Wahlausschusses, Dr. Ines Ziegler und Dr. Sigurd Peters (re.) begutachten zusammen mit Wahlkoordinator Christoph Röhrig die Stimmkarten

## In die Delegiertenversammlung gewählte Ärztinnen und Ärzte:

Die Kammermitglieder hatten zwei Stimmmöglichkeiten: Mit ihrer Hauptstimme konnten sie einen der sieben Wahlvorschläge wählen. Daneben hatten sie die Möglichkeit, bis zu zwei Bewerbern des von ihnen gewählten Wahlvorschlages je eine persönliche Vorzugsstimme zu geben, so konnten Sie dazu beitragen, dass ihre persönlichen Favoriten innerhalb des Wahlvorschlages an die Spitze rücken. Folgende Berliner Ärztinnen und Ärzte werden – vorausgesetzt sie nehmen die Wahl an – in die künftige Delegiertenversammlung einziehen. In der Vergangenheit hatte es durch Nachbesetzungen noch erhebliche Verschiebungen gegeben, so dass die tatsächliche Besetzung der Delegiertenversammlung von der durch die Vorzugsstimmen ermittelten Reihenfolge abweichen kann:

### WAHLVORSCHLAG 1 Marburger Bund

1. Dr. Günther Jonitz	593 Stimmen (518)*
2. Dr. Kilian Tegethoff	421 Stimmen (266)
3. Dr. Olaf Guckelberger	197 Stimmen (-)
4. Dr. Matthias Albrecht	113 Stimmen (159)
5. Dr. Thomas Werner	89 Stimmen (-)
6. Prof. Dr. Axel Ekkernkamp	88 Stimmen (83)
7. Dr. Justus Hilpert	84 Stimmen (-)
8. Dr. Moritz Peill-Meininghaus	84 Stimmen (-)
9. Dr. Matthias David	82 Stimmen (98)
10. Dr. Christian Storm	80 Stimmen (-)
11. Dr. Werner Wyrwich	79 Stimmen (115)
12. Dr. Klaus Thierse	77 Stimmen (68)
13. Dr. Peter Bobbert	75 Stimmen (83)

### WAHLVORSCHLAG 2 Fraktion Gesundheit

1. Dr. Wolfram Singendonk	286 Stimmen (306)
2. Antje Blankau	172 Stimmen (143)
3. Dr. Cora Jacoby	172 Stimmen (290)
4. Dr. Andreas Grüneisen	168 Stimmen (227)
5. Dr. Hans-Joachim Eichinger	123 Stimmen (140)
6. Dr. Rolf-Jürgen Kühnelt	115 Stimmen (187)
7. Dr. Ellis E. Huber	90 Stimmen (160)
8. Dr. Herbert Menzel	83 Stimmen (-)
9. Dr. Volker Pickerodt	82 Stimmen (98)
10. Dr. Constanze Jacobowski	80 Stimmen (118)
11. Stefanie Nadler	76 Stimmen (46)
12. Dr. Matthias Brockstedt	67 Stimmen (58)



Der Wahlausschuss stellt die Reihenfolge der Wahlbewerber fest



Der stellvertretende Wahlleiter Dr. Sigurd Peters verkündet das Endergebnis

Fotos: S. Rudat

**WAHLVORSCHLAG 3**  
Allianz Berliner Ärzte/ Hartmannbund/NAV-Virchowbund

1. Dr. Elmar Wille	789 Stimmen (925)
2. Dr. Svea Keller	314 Stimmen (275)
3. Prof. Dr. Harald Mau	303 Stimmen (304)
4. Burkhard Bratzke	254 Stimmen (249)
5. Dr. Thomas Wildfeuer	219 Stimmen (193)
6. Dr. Sabine Krebs	212 Stimmen (159)
7. Dr. Matthias Bloechle	210 Stimmen (147)
8. Dr. Bernd Müller	207 Stimmen (124)
9. Helmut Mälzer	183 Stimmen (230)
10. Dr. Regine Held	182 Stimmen (192)
11. Dr. Christian Handrock	168 Stimmen (99)
12. Dr. Klaus-Peter Spies	155 Stimmen (-)
13. Dr. Hans-Detlef Dewitz	148 Stimmen (195)
14. Anton Rouwen	141 Stimmen (-)
15. Dr. Dietrich Bodenstein	138 Stimmen (118)

**WAHLVORSCHLAG 4 Hausarztliste/BDA**

1. Dr. Angelika Prehn	236 Stimmen (359)
2. Dr. Wolfgang Kreischer	191 Stimmen (117)
3. Dipl.-Med. Dieter Schwochow	142 Stimmen (110)
4. Dr. Gabriela Stempor	89 Stimmen (76)

**WAHLVORSCHLAG 7 Niedergelassene Ärzte**

1. Dipl.-Med. Sergej Popow	35 Stimmen (35)
----------------------------	-----------------



Drei Mitglieder des Wahlausschusses (Dr. Trutz-Hagen Legarth, Dr. Sigurd Peters, Dr. Manfred Dückers) zusammen mit Wahlkoordinator Christoph Röhrig, Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz und Kammergeschäftsführer Michael Hahn (v.li.n.re.)

\*Werte in Klammern: Anzahl der Stimmen 2006

# Tradition und lebendiges Wissen

## Berliner Medizinische Gesellschaft 150 Jahre „jung“

„Die Berliner medicinische Gesellschaft hat den Zweck, wissenschaftliche Bestrebungen auf dem Gesamtgebiet der Medicin zu fördern, ein collegiales Verhältnis unter ihren Mitgliedern zu erhalten und die ärztlichen Standesinteressen zu wahren.“ (§ 2 der ursprünglichen Satzung)

Mit diesem Zitat, abgedruckt auf einem Empfangsposter im Eingang des Langenbeck-Virchow-Hauses, wurde der Gast zum Festakt der 150-Jahrfeier der Gesellschaft begrüßt. Der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. med. Günther Jonitz, betonte in seiner Begrüßungsrede, dass sich die Berliner Medizinische Gesellschaft würdig in den Reigen der Jubilare des Wissenschaftsjahres Berlin 2010, das heißt 300 Jahre Charité, 200 Jahre Humboldt-Universität, 100 Jahre Max-Planck-Gesellschaft, einreihet.

In der Eröffnungsansprache zitierte der 1. Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. Dr. med. Helmut Hahn, aus der Festrede von Pagel anlässlich des 50-jährigen Jubiläums 1910: „Eine Geschichte der Gesellschaft zu schreiben, hieße, eine Geschichte der gesamten Medizin zu schreiben...“

In der Tat hat die BerlMedGes in ihren Vorträgen und Sitzungsberichten den Fortschritt regelmäßig begleitet, getreu ihrem „Leitmotiv“, wissenschaftliche Informationen für alle Ärzte auf hohem Niveau und durch die Besten ihres Faches anzubieten.

Die gute Zusammenarbeit mit der früheren Medizinischen Fakultät der Universität Berlin und der von ihr bis 1953 unabhängigen Charité wird heute mit der Charité - Universitätsmedizin Berlin fortgesetzt. Vereinfacht lässt sich sagen: Der wissenschaftliche Fortschritt entstammt der Charité - Universitätsmedizin Berlin, reflektiert und für die Ärzteschaft umgesetzt wird er - fachübergreifend - durch die BerlMedGes. Immer stehen Sachkompetenz der Redner, Aktualität der Inhalte und



Prof. Dr. med. Helmut Hahn, Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft

die wissenschaftsbasierte Zuverlässigkeit sowie Unabhängigkeit der Daten im Vordergrund.

So haben neben Rudolf Virchow 12 Nobelpreisträger: Emil von Behring (1901), Robert Koch (1905) und Paul Ehrlich (1908) über Feodor Lynen (1972) bis Harald zur Hausen (2008) vor der BerlMedGes vorge tragen.

Sitz der Gesellschaft ist das Langenbeck-Virchow-Haus in der Luisenstraße, im Jahre 1915 gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) in GbR (Langenbeck-Virchow-Haus GbR) erbaut.

Nach dem Krieg folgte auf die Beschlagnahme des unbeschädigten Gebäudes die Nutzung für die „Volkskammer“ der DDR von 1951 – 1976. Die Enteignung erfolgte 1953.

Nach Wiedererlangung und Wiederinstandsetzung durch die Eigentümerge-

sellschaften und die Aesculap-Akademie entstand ein vollgültiges Kongresszentrum für Fort- und Weiterbildung mit internationaler Ausstrahlung. Die Auslastung des Hauses erreichte 2008 beispielsweise incl. der Veranstaltungen der Aesculap-Akademie die Zahl von 480 und beweist die Richtigkeit der Vision Rudolf Virchows, der 1865 vorausgesagt hatte: Wir repräsentieren ungefähr das, was anderswo eine Academie repräsentiert ...“

Diesen Gedanken griff auch Wissenschaftssenator Wolfgang Zöllner auf, indem er formulierte, „Dieser historische Ort ist ein großer Gewinn für Berlin und erfreut sich als Begegnungsstätte ganz im Sinne Rudolf Virchows großer Beliebtheit.“

Beim Festakt folgten Grußworte von Ministerialrat Ortwin Schulte vom Bundesministerium für Gesundheit, Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, Prof. Dr. med. habil. Dr. Ing. Dr. med. h.c. Michael Ungethüm, Prof. Dr. med. h.c. Norbert Haas, Langenbeck-Virchow-Haus GbR und Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas Ebert, Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin.

Der Festvortrag von Prof. med. Ivar Roots über „Individualisierte Arzneitherapie“ verwies auf die Problematik der auseinanderklaffenden Schere zwischen wissenschaftlichem Fortschritt und Umsetzbarkeit für den täglichen praktischen und klinischen Bedarf einer ausgewogenen Arzneitherapie hin.

Im Anschluss folgte die Verleihung der Ehrenmitgliedschaften an Prof. Dr. h.c. Ludwig Braun, Vorstandsvorsitzender der B.Braun Melsungen AG, Prof. Dr. med. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité - Universitätsmedizin Berlin und Dr. h.c. Lothar des Maizière, Ministerpräsident a.D., Bundesminister a.D. In den Laudationes würdigte Hahn das Verdienst dieser drei neuen Ehrenmitglieder.

Professor Braun hat durch seine großzügige und tatkräftige Unterstützung der Berliner Medizinischen Gesellschaft im Zusammenwirken mit seinem Vorstandskollegen, Professor Ungethüm, die Revi-



*V.l.n.r.: Die neuen Ehrenmitglieder Prof. Braun, Prof. Einhäupl, Dr. de Maizière sowie der Geschäftsführende Schriftführer der BerlMedGes, Dr. Neumann - von Meding, und Prof. Hahn bei der Laudatio.*

talisierung des Langenbeck-Virchow-Hauses in Berlin-Mitte ermöglicht.

Prof. Einhäupl in seiner Funktion als Vorstandsvorsitzender der Charité - Universitätsmedizin Berlin verdankt die Berliner Medizinische Gesellschaft einen wesentlichen Teil ihrer wissenschaftlichen Existenz und Leistungsfähigkeit. Er setzte in vorbildlicher Weise die mehr als 100 Jahre andauernde fruchtbare Partnerschaft fort.

Dr. h.c. Lothar de Maizière wurde gleichermaßen geehrt für die Verdienste um den Erhalt der Charité als Medizinische Fakultät und für seine Mitwirkung am Kooperationsvertrag zwischen dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands und dem DDR-Ärzteverband Rudolf-Virchow-Bund nach der Wende. Damit hat er verhindert, dass der Name Charité vom Standort Mitte verschwand.

Höhepunkt des Abends war die Enthüllung der von Marcus Golter (Potsdam) erstellten Bronzetafel, auf der die Namen der Ehrenmitglieder in „ehernen Lettern“ aufgemeißelt sind, beginnend und endend mit einem Neurologen: Moritz Heinrich Romberg (1866) und Karl Max Einhäupl (2010).

Umrahmt wurde die Veranstaltung durch die Gruppe „Trio con spirito“ mit dem Vorspiel aller Sätze aus dem 1. Londoner Trio von Joseph Haydn.

Dem Festakt war die Ausstellung: „Rudolf Virchow als Anthropologe und Prähistoriker“ angeschlossen, die in Verbindung mit dem Museum für Vor- und Frühgeschichte Berlin und der Berliner Gesellschaft für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte im Foyer konzipiert worden war (lesen Sie dazu auch BERLINER ÄRZTE 10/2010) Diese Darstellung, „R. Virchow einmal anders“, fand selbst zu fortgeschrittener Stunde Zuschauer, die sich sehr interessiert über R. Virchows und Heinrich Schliemanns gemeinsamen Auftritte in Troja informierten.

Dr. E. Neumann-von Meding  
Berliner Medizinische Gesellschaft

ANZEIGE

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](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 10.01.–19.01.2011 (Kursteil C1)</li> <li>19.01.–28.01.2011 (Kursteil C2)</li> </ul>	<b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs C: 960 € Kursteile C1, C2: 480 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 28.01.–29.01.2011</li> </ul>	<b>Breaking Bad News</b> Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1402 E-Mail: i.wegner@aekb.de (Organisatorisches) Tel.: 40806-1400 (Inhaltliches) Teilnehmergebühr: 250 €	17 P
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 11.02.–12.02.2011</li> </ul>	<b>Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragte/r sowie Transfusionsverantwortliche/r</b> (16. Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401/1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 21.02.–23.02.2011</li> </ul>	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	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"> <li>■ 23.02.–25.02.2011</li> <li>25.02.2011</li> </ul>	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei interventioneller Radiologie (IR)</b>	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"> <li>■ 10.03.–12.03.2011</li> <li>24.03.–26.03.2011</li> </ul>	<b>40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie</b> (40 Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: r.drendel@aekb.de Tel: 040806-1401 Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 25.03.2011</li> </ul>	<b>Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich TN-Gebühr: 60 €	5 P
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 25.03.–26.03.2011</li> </ul>	<b>Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung</b> (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für beide Kurse: 290 €	16 P

## Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstrebende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen.

„Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team.

Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feedback gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

**Termin:** Freitag 28.01.2011 – Samstag 29.01.2011

**Ort:** Ärztekammer Berlin

Bitte melden sie sich an bei: [i.wegner@aekb.de](mailto:i.wegner@aekb.de) (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt)

## Ärztekammer 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 Frühjahr 2011 als Kompaktkurs innerhalb von vier 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: 21.02.2011 bis 26.02.2011 / Woche 2: 04.04.2011 bis 09.04.2011 / Woche 3: 20.06.2011 bis 25.06.2011 (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-Kurs2011@aekb.de](mailto:QM-Kurs2011@aekb.de)

## Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2011 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

**Wiss. Leitung:** Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité-Campus Benjamin Franklin, Berlin)

**Termine:** Modul I: 13./14.05.2011 / Modul II: 20./21.05.2011

Modul III: 17./18.06.2011

(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr, samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

**Ort:** Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt. 45 Fortbildungspunkte (15 Punkte pro Modul). Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,- €.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: [begutachtung@aekb.de](mailto:begutachtung@aekb.de)

## Verkehrsmedizinische Begutachtung

Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Psychometrie und Perimetrie, welches am Vormittag des 25.03.2011 stattfindet.

**Termin:** Freitag, 25.03.2011, 14.00 - 21.00 Uhr

Samstag, 26.03.2011, 8.30 - 17.15 Uhr

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

**Teilnahmegebühr:** 250 Euro

Hinweis: Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro

**Information u. Anmeldung:** Tel.: 030 / 408 06 -1215, E-Mail: [fb-aag@aekb.de](mailto:fb-aag@aekb.de)

# Delegierte beschließen erneut Senkung der Kammerbeiträge

Bericht von der Delegiertenversammlung am 17. November 2010

Die letzte Delegiertenversammlung der 12. Legislaturperiode hatte ein volles Programm. Den Mittelpunkt bildete der Wirtschaftsplan für das Jahr 2011. Aufgrund der weiter verbesserten wirtschaftlichen Lage der Kammer werden die Kammerbeiträge über alle Beitragsstufen hinweg ab 1. Januar dieses Jahres erneut um 0,05 Prozentpunkte gesenkt.

Von Sascha Rudat

Die November-Delegiertenversammlung dreht sich traditionell um die Finanzen der Kammer, so dass sich stellenweise auch die Diskussionen entsprechend wiederholen. Besonders deutlich wurde dies beim Thema Senkung der Kammerbeiträge. Während der Vorstand einen Vorschlag einbrachte, der eine Absenkung um 0,05 Prozentpunkte vorsah (was jährliche Mindereinnahmen von rund 670.000 Euro bedeutet), plädierte die Fraktion Gesundheit für eine lineare

Absenkung um pauschal 50 Euro über alle Beitragsstufen hinweg (Beitragsminus von rund 800.000 Euro). Constanze Jacobowski (Fraktion Gesundheit) brachte einen entsprechenden Antrag ein. Im Vorjahr hatte die Opposition eine pauschale Absenkung von 40 Euro gefordert. So waren denn auch die Argumente, die ausgetauscht wurden, die gleichen wie im Jahr zuvor. Laut Jacobowski würde mit ihrem Vorschlag eine „größere Beitragsgerechtigkeit“ erreicht, da die unteren



Beitragsstufen überproportional entlastet würden. Zudem würden weitere Beitragsstufen beitragsfrei gestellt.

Genau darin sahen die Gegner dieses Vorschlages das größte Problem. Denn würde man diesem Modell folgen, wären 47 Prozent der Kammermitglieder beitragsfrei gestellt. „Das wäre eine klare Spaltung der Ärzteschaft in Zahler und Nicht-Zahler“, warnte Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund). Darauf wies auch der stellvertretende Vorsitzende der Haushaltskommission, Peter Bobbert (Marburger Bund), hin: „Das Ziel ist das richtige, nur der Weg ist der falsche.“ Wolfgang Kreisler (Hausärzte) mahnte zudem, die bewährte Systematik der Beitragsordnung nicht zu verlassen.

Der Änderungsantrag der Fraktion Gesundheit fand schließlich keine Mehrheit. Mehrheitlich wurde dagegen die Absenkung des Beitragssatzes um 0,05 Prozentpunkte beschlossen. Für den größten Teil der Beitragszahler bedeutet dies eine prozentuale Absenkung um 7,1 Prozent, für die unteren Beitragsgruppen gar bis zu 20,6 Prozent.

## Solide Finanzen

Schatzmeister Rudolf Fitzner wies darauf hin, dass man nach wie vor nach dem Prinzip vorgehe, erst die entsprechenden Ergebnisse zu erzielen, bevor man die Beiträge senken könne. Die beschlossene Beitragssenkung sei aber angesichts des

## Beschlussfassung der Delegiertenversammlung

**Drucksache 12/82 „Vorlage des Jahresabschlusses 2009 mit Prüfbericht des Wirtschaftsprüfers und Entlastung des Vorstandes für das Jahr 2009“**

Einstimmig angenommen.

**Drucksache 12/83 „Jahresabschluss der Ärztekammer Berlin zum 31.12.2009“**

Einstimmig angenommen.

**Drucksache 12/84 „Wirtschaftsplan der Ärztekammer Berlin für das Jahr 2011“**

Einstimmig angenommen.

**Drucksache 12/85 „9. Nachtrag zur Beitragsordnung der Ärztekammer Berlin“**

Mehrheitlich mit einigen Gegenstimmen und Enthaltungen angenommen.

**Drucksache 12/86 „9. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin“**

Einstimmig angenommen.

**Drucksache 12/87 „Nachtrag zur Wahl der Prüfer für die Prüfungsausschüsse in der ärztlichen Weiterbildung“**

Einstimmig angenommen.

**Resolution „Fairer Wettbewerb im Gesundheitswesen braucht Chancengleichheit“**

Mehrheitlich bei einer Enthaltung verabschiedet.

**Drucksache 12/88 „Kostenerstattung für Kassenpatienten“**

Überweisung an den Vorstand.

**Drucksache 12/89 „Volksinitiative Frische Luft für Berlin“**

Überweisung an den Vorstand.

guten Ergebnisses vertretbar und für das Haushaltsjahr 2011 eingeplant.

Wie der kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, zunächst ausführlich darstellte, fielen im Wirtschaftsjahr 2009 die Einnahmen der Kammer mit rund 10,7 Millionen Euro um etwa 873.000 Euro höher aus als geplant. Dem gegenüber standen um rund 653.000 Euro geringere Aufwendungen. Das Gesamtergebnis fiel damit um rund 1,5 Millionen Euro höher aus als geplant. Dank dieses positiven Ergebnisses konnten dem variablen Kapitel etwa 768.000 Euro zugeführt werden. Grund für dieses erfreuliche Ergebnis waren laut Rosenkranz auf der Einnahmeseite vor allem höhere Beitragseinnahmen. Bei den Aufwendungen machten sich weniger Kosten für die überbetriebliche Ausbildung, geringere Personalkosten (offene Nachbesetzungen), günstigere Neuaufträge für die Gebäudereinigung und -überwachung sowie geringere Kosten bei Bürobedarf positiv bemerkbar.

Ähnlich erfreulich sieht es für das Haushaltsjahr 2010 aus. Gegenüber dem Plan, der ein Minus von 489.000 Euro vorsah, ging Rosenkranz in seiner Prognose (Stand August 2010) von einem Plus von rund 900.000 Euro aus. Für dieses Ergebnis sind zu einem großen Teil die höheren Beitragseinnahmen verantwortlich. Auf der anderen Seite seien unter anderem geringere Personalkosten und auf das Jahr 2011 verschobene Software-Anpassungen der Kammer zu verzeichnen. Für 2011 geht Rosenkranz von einer Unterdeckung von 134.000 Euro aus. Zwar seien trotz der beschlossenen Beitragssenkung erneut um über 800.000 Euro höhere Beitragseinnahmen zu erwarten. Dem gegenüber stehen aber unter anderem höhere Personal- und Raumkosten sowie höhere Abgaben an die Bundesärztekammer (2. Stufe des Abbaus der Ost-Reduzierung).

Schatzmeister Fitzner zeigte sich über die „gesunden Finanzen“ erfreut. Das sahen auch die Wirtschaftsprüfer so, die für das Jahr 2009 einen uneingeschränkten Prüfvermerk erteilten. Erneut kamen die Delegierten auf die Diskrepanz zwischen Plan und Ist-Zustand zu sprechen. Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) kritisierte, die aus seiner Sicht zu vorsichtigen Schätzungen. Wie Fitzner und Bobbert erläuterten, sei dies auf schwer kalkulierbaren Beitragsmehrein-

ANZEIGE

ANZEIGE

## Nachträgliche Ehrung für Maria Birnbaum



Die Internistin Maria Birnbaum ist im Rahmen der Delegiertenversammlung von Kammerpräsident Günther Jonitz nachträglich mit der Georg-Klemperer-Medaille ausgezeichnet worden. Aus gesundheitlichen Gründen hatte die Ärztin, die sich seit Jahrzehnten in den ehrenamtlichen Gremien der Kammer - insbesondere im Bereich

Weiterbildung - verdient macht, die Ehrung beim diesjährigen Kammertag im Juni nicht entgegen nehmen können (die vollständige Laudatio von Vittoria Braun können Sie in BERLINER ÄRZTE 08/2010, S. 23 nachlesen). Der Kammerpräsident verlas einen Brief von DV-Mitglied und KV-Vorsitzender Angelika Prehn, die an der Sitzung nicht teilnehmen konnte. Prehn würdigte die Internistin u.a. mit folgenden Worten: „Dr. Birnbaum ist eine Ärztin und Wissenschaftlerin, wie man es sich als Patient nur wünschen kann. Das war zu DDR-Zeiten so und das hat sich bis heute nicht geändert. Sie engagiert sich nicht nur für die Belange der Kranken, sondern seit vielen Jahren auch für die ihrer Kollegen.“

nahmen aufgrund höherer Einkünfte der Kammermitglieder zurückzuführen. Kammerpräsident Jonitz ergänzte, es sei immer Anliegen dieses Vorstandes gewesen, einen sicheren Kurs einzuschlagen. Fitzner wies zudem auf zukünftige Risiken wie die elektronische Gesundheitskarte, das Steuerrisiko im Zusammenhang mit der Erstellung der Kammerzeitschrift, die Instandhaltungskosten für das Kammergebäude und die Kosten für notwendige zusätzliche Räumlichkeiten hin. Gewisse Rücklagen müssten aus seiner Sicht zur Abfederung dieser Risiken vorhanden sein. Mit diesem Haushalt könne man positiv in die Zukunft blicken, betonte Fitzner. So verabschiedeten die Delegierten schließlich sowohl den Jahresabschluss 2009 als auch den Haushaltsplan 2011 einstimmig.

### 9. Nachtrag zur Weiterbildungsordnung

Der nächste gewichtige Punkt auf der Tagesordnung war der 9. Nachtrag zur

Weiterbildungsordnung. Nachdem einige kleinere redaktionelle Änderungen vorgenommen worden waren, kritisierte Julian Veelken die Überfrachtung der Weiterbildungsordnung bei gleichzeitiger Reduktion der Weiterbildungszeit. Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstimmte Veelken darin zu, dass die Weiterbildungsordnung zu überarbeiten sei, gab aber gleichzeitig zu bedenken, dass die Ärztekammer Berlin mit ihrer Weiterbildungsordnung gewissen Zwängen wie der Musterweiterbildungsordnung unterliege. Die Delegierten verabschiedeten den 9. Nachtrag einstimmig. Ebenso einstimmig wurde die Vorschlagsliste für die Wahl der Weiterbildungsprüfer verabschiedet.

### Für mehr Chancengleichheit

Im Anschluss beschäftigten sich die Delegierten mit dem Entwurf einer Resolution unter dem Titel „Fairer Wettbewerb im Gesundheitswesen braucht Chancengleichheit“. Die drei Forderungen der Resolution (s. Kasten) richten sich an den

Gesetzgeber, damit Ärzte und Gruppen von Ärzten gleichberechtigt am „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ teilnehmen können und Benachteiligungen im Sozialgesetzbuch V beseitigt werden. Kammerpräsident Jonitz betonte, ihm sei es „ein Herzensanliegen, dass Ärzte gegenüber anderen Institutionen im Gesundheitswesen nicht benachteiligt werden.“ Diese Schiefen müssten beseitigt werden.

In der Sache waren sich die meisten Delegierten einig. Allerdings entspann sich eine lebhaft Diskussion um den Wortlaut und die drei Punkte der Resolution. Insbesondere zu Punkt 3 – die Forderung der Kammer nach Zugang zu den Routinedaten der Patientenversorgung – stieß auf Kritik. Zahlreiche Delegierte waren der Auffassung, dass dieser Punkt nicht zu den anderen beiden passe. Darüber hinaus sei nicht genau erklärt, welche Routinedaten gemeint seien. Zum Thema Routinedaten werden Sie in einer der nächsten Ausgaben von BERLINER ÄRZTE einen erläuternden Artikel finden.

Eine Vorstandsüberweisung der Resolution wurde schließlich ebenso mehrheitlich abgelehnt, wie das Ausgliedern von Punkt 3. Die Delegierten verständigten sich mehrheitlich auf die hier abgedruckte Fassung der Resolution.

### Zwei Anträge an Vorstand überwiesen

Zu vorgerückter Stunde hatten sich die Delegierten schließlich noch mit zwei Anträgen der Fraktion Gesundheit zu befassen. Der eine Antrag sah eine Aufforderung an die Bundesregierung vor, in der GKV das Sachleistungsprinzip beizubehalten. Angesichts einer zu erwartenden kontroversen Diskussion zu diesem Thema plädierten die Delegierten mehrheitlich für eine Überweisung an den Vorstand. Dies geschah ebenso mit einem Antrag, der eine Unterstützung der Ärztekammer für die Volksinitiative Frische Luft beinhaltete.

srd

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin beschließt folgende Resolution:

## Fairer Wettbewerb im Gesundheitswesen braucht Chancengleichheit

Um einen fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen und Chancengleichheit zu gewährleisten, fordert die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin den Gesetzgeber auf, folgende Rechte für ärztliche Organisationen und Verbände einzuführen:

### 1.) Recht auf Vertragsgestaltung

Ärzte oder Gruppen von Ärzten müssen das Recht erhalten, auch mit anderen Leistungserbringern Verträge abzuschließen, die eine medizinische Versorgung erhalten oder verbessern.

### 2.) Recht auf Abschluss von Rabattverträgen

Ärzte oder Gruppen von Ärzten müssen die Möglichkeit erhalten, Rabattverträge zu Gunsten einer preiswerten und rationalen Arzneimitteltherapie abzuschließen. Dadurch wäre wesentlich stärker gewährleistet, dass sich auch beim Wechsel von Medikamenten sowohl die Informationen für die verschreibenden Ärztinnen und Ärzte als auch das kooperative Verhalten der Patienten (Compliance) verbessern.

### 3.) Recht auf Information durch Routinedaten

Den Ärztekammern muss der Zugang zu Routinedaten der Patientenversorgung ermöglicht werden. Nur durch Zugang zur quantitativen und semiquantitativen Darstellung des Leistungsgeschehens auf der Ebene der Patientenversorgung können die Weichen für eine hochwertige Fort- und Weiterbildung sowie für eine kleinräumige regionale Versorgung gestellt werden. Routinedaten sind ebenfalls ein wichtiger Indikator für eine an der Qualität ärztlicher Leistungen orientierte Steuerung des Gesundheitswesens. Im Rahmen ihrer hoheitlichen Aufgaben müssen auch die Ärztekammern Zugang zu diesen Daten bekommen.

Auch unter der aktuellen Regierung ist der „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ einer der führenden Steuerungsmechanismen in der Patientenversorgung. Dabei sind die gesetzlichen Krankenversicherungen in erheblichem Maße privilegiert, was einen fairen Wettbewerb unmöglich macht. Sie dürfen als Einzige Verträge zur integrierten oder hausärztlichen Versorgung oder Rabattverträge mit Pharmaunternehmen abschließen.

### Begründung

Den Ärztekammern stehen zudem bis heute die Routinedaten aus den Abrechnungen ambulanter und stationärer Leistungen, die im Rahmen gesetzlicher Vorschriften im SGB V und im SGB XI, im Krankenhausfinanzierungsgesetz, im Krankenhausentgeltgesetz oder in der Risikostrukturausgleichsverordnung erhoben werden, nicht zur Verfügung. Diese Daten stellen zwar kein genaues Abbild der Realität der Patientenversorgung dar, sind jedoch im höchsten Maße geeignet, sowohl die Fort- und die Weiterbildung als auch die Qualität der Berufsausübung zu optimieren. Den Ärztekammern ist deshalb aufgrund ihres körperschaftlichen Auftrages mit Gemeinwohlbindung der Zugang zu solchen Daten zu gewährleisten.

Die Regelungen der § 303 a-f SGB V sind unverzüglich so auszugestalten, dass die Nutzungsberechtigten nach § 303f SGB V gleichberechtigt in die Gremien nach § 303 a bis c SGB V aufgenommen werden. Die Nutzungsberechtigten haben derzeit kein Mitspracherecht bei der Auswahl, der Struktur und zur Qualität der zur Verfügung stehenden Daten.

Das Sozialgesetzbuch V lässt die vom Gesetzgeber gewollte und für das Gesundheitswesen dringend erforderliche Verzahnung der Sektoren (ambulante vertragsärztliche Versorgung/stationäre Versorgung im Krankenhaus) nur auf Initiative und unter Beteiligung der Krankenkassen bzw. Ihrer Landesverbände zu. Sinnvolle Kooperationen zwischen Ärzten und anderen Leistungserbringern werden dadurch erheblich erschwert bzw. verhindert. Die für das Gesundheitswesen dringend erforderliche Nutzung aller vorhandenen Ressourcen sowie Synergieeffekte, von denen Patienten erheblich profitieren könnten, bleiben so weitgehend ungenutzt. Der Gesetzgeber wird dringend aufgefordert, diese Defizite abzustellen.

Die Benachteiligungen ärztlicher Verbände bei der Vertragsgestaltung sind unverzüglich zu beenden, um endlich einen fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen sicherzustellen.

# Fachübergreifende Bereitschaftsdienste – Risiken und Nebenwirkungen

Zur Einsparung der ärztlichen Personalkosten führen Berliner Krankenhäuser zunehmend fachübergreifende Bereitschaftsdienste ein oder planen die Einführung solcher Dienste. Diese Pläne sind nach Wahrnehmung der Ärztekammer nicht auf einzelne oder kleinere Krankenhäuser beschränkt, sondern auch und gerade in Kliniken großer Krankenhausträger verbreitet. Es liegt auf der Hand, dass bei fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten die Gefahr ärztlicher Fehler und daraus resultierender Schädigungen der Gesundheit von Patienten größer wird. Damit verbunden ist ein gewachsenes Haftungsrisiko der für den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst herangezogenen Ärzte, der an der Organisation dieses Bereitschaftsdienstes beteiligten Chefarzte und der Krankenhausträger, die solche Dienste einführen wollen.

Vor dem Hintergrund dieser Risiken für Patienten und Ärzte lehnt der Deutsche Ärztetag<sup>1</sup> und die Ärztekammer Berlin<sup>2</sup> die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste ab. Es stellt sich allerdings die Frage, wie Sie als Arzt reagieren sollen, wenn das Krankenhaus, in dem Sie tätig sind, trotz der Risiken fachübergreifende Bereitschaftsdienste einrichten will. Berufspolitische Stellungnahmen des Ärztetages oder der Ärztekammer können Sie bei der Ablehnung der Teilnahme oder Organisation dieser Bereitschaftsdienstform unterstützen – sie sind jedoch nur „weiche Argumente“ die allein kaum ausreichen werden, um den Arbeitgeber von seinen Plänen abzuhalten. Überzeugender könnten da Hinweise zur Rechtslage sein, aus der nicht zuletzt haftungsrechtliche Konsequenzen für den Krankenhausträger folgen.

## Was sagt die Rechtsprechung?

In der Rechtsprechung werden die fachübergreifenden Bereitschaftsdienste nicht generell für unzulässig gehalten<sup>3</sup>. Befürworter dieser Bereitschaftsdienstform verweisen gerne auf zwei verwaltungsgerichtliche Entscheidungen aus Bayern (1981) und Niedersachsen (1990).<sup>4</sup> Dabei wird jedoch oft übersehen, dass diese Urteile fachübergreifende Bereitschaftsdienste vorwiegend unter fiskalischen Aspekten bewerten und haftungsrechtliche Aspekte fast völlig außer Betracht lassen. Nicht nur wegen ihres Alters sondern insbesondere wegen der Vernachlässigung der im Straf- und Zivilrecht geltenden Haftungsstandards haben diese beiden verwaltungsrechtlichen Entscheidungen nach der hier vertretenen Auffassung bei der rechtlichen Bewertung der Zulässigkeit fachübergreifender Bereitschaftsdienste keine entscheidende Bedeutung. Im Jahr 2004 hat das LG Augsburg in einer strafgerichtlichen Entscheidung den Chefarzt einer Chirurgischen Abteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Geldstrafe verurteilt, weil er es unterlassen hatte, den im Rahmen eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes eingesetzten Internisten über die Anzeichen und Folgen einer möglichen Nachblutung nach einer Schilddrüsenoperation ausreichend zu informieren und es deshalb zu einer schweren Schädigung des Patienten gekommen war. Nach Auffassung des LG Augsburg war die Einrichtung des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes in diesem Fall zwar nicht generell unzulässig; die Zulässigkeit wurde jedoch an enge – in der Praxis zum Teil kaum umsetzbare – Voraussetzungen geknüpft. Das LG Augsburg hatte ausgeführt, dass die Schädigung des Patienten vermeidbar gewesen

wäre, wenn z.B. an Tagen, an denen frisch operierte Risikopatienten auf der Station liegen, nicht ein internistischer sondern ein chirurgischer ärztlicher Bereitschaftsdienst organisiert gewesen wäre. Wie dies im Klinikalltag mit seinen nicht planbaren Zwischenfällen realisiert werden soll, ließ das Gericht offen. Außerdem hätte nach Ansicht des Gerichts zuvor eine Fortbildung der internistischen Kollegen und eine ordnungsgemäße Übergabe der Patienten an den Bereitschaftsdienst erfolgen können und müssen.

## Was sagt die medizinrechtliche Literatur?

Die medizinrechtliche Literatur, sieht die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste vor dem Hintergrund des in Kliniken zu gewährleistenden Facharztstandards<sup>5</sup>, ganz überwiegend kritischer als die bisher vorliegende Rechtsprechung. So liegen Meinungsäußerungen vor, die die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste für rechtlich unzulässig bzw. nicht akzeptabel halten<sup>6</sup>. Andere Veröffentlichungen setzen zum Teil unter Rückgriff auf fachliche Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften<sup>7</sup> und/oder unter Einbeziehung arzt Haftungsrechtlicher Urteile<sup>8</sup> zu ähnlichen Fallgestaltungen enge Grenzen für die Zulässigkeit fachübergreifender Bereitschaftsdienste.

## Notwendige Organisationsmaßnahmen

Folgende Bedingungen für die Einführung eines fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes werden u.a. genannt:

- Fachübergreifende Bereitschaftsdienste sind in Abteilungen mit hoher Komplikationsdichte oder hohem Risiko schwerwiegender Komplikationen nicht vertretbar. Als Beispiel werden – basierend auf Rechtsprechung und Stellungnahmen der Fachgesellschaften – gynäkologische Abteilungen und anästhesiologisch-intensivmedizinische Abteilungen genannt.<sup>9</sup>

- Ein fachübergreifender Bereitschaftsdienst kommt in der Regel nur in Betracht, wenn die sich vertretenden Fächer verwandt sind (als Beispiel werden operative Fächer genannt).<sup>10</sup>
- Planbare Eingriffe mit hohem postoperativen Komplikationsrisiko sollen nur an Tagen durchgeführt werden, an denen kein fachübergreifender Bereitschaftsdienst eingerichtet ist.<sup>11</sup>
- Ärzte, die fachübergreifend im Bereitschaftsdienst tätig sind, müssen bei der Übernahme des Patienten besonders ausführlich und sorgsam über den Gesundheitszustand des Patienten, den Verlauf der Operation, besondere Komplikationsgefahren des Eingriffs u.a. unterrichtet werden.<sup>12</sup>
- Die im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst eingesetzten Ärzte müssen individuell in der Lage sein, Notfallsituationen des vertretenen Gebiets zu erkennen und zu beherrschen. Dies muss durch spezielle Fortbildung sichergestellt sein.<sup>13</sup> Der verantwortliche Chefarzt muss sich in regelmäßigen Gesprächen mit den Bereitschaftsdienstärzten ein Bild von deren Kenntnisstand machen, erforderlichenfalls Qualifizierungsmaßnahmen ergreifen und die im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst getroffenen ärztlichen Maßnahmen prüfen und in Gesprächen mit den Bereitschaftsdienstärzten auswerten.<sup>14</sup>
- Es muss eine fachspezifisch besetzte Rufbereitschaft eingerichtet sein. Der verantwortliche Chefarzt muss den am fachübergreifenden Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzten in Schriftform Anweisungen erteilen, bei welchen Indikatoren der rufbereite Facharzt zu informieren ist.<sup>15</sup>

rechtlichen Haftungsrisiken und auf das Haftungsrisiko des Krankenhauses hinzuweisen und aufzufordern, die Entscheidung über die Einführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste unter Berücksichtigung dieser Aspekte zu überprüfen. Zur Unterstützung kann Ihnen die Ärztekammer hierzu Teile der zitierten Urteile und Aufsätze zur Verfügung stellen (Anfragen bitte per Mail an [Berufsrecht@aekb.de](mailto:Berufsrecht@aekb.de)). Auch eine Einbeziehung des Betriebs- oder Personalrats bzw. bei kirchlichen Trägern der Mitarbeitervertretung kann an dieser Stelle sinnvoll sein. Sollte der Arbeitgeber gleichwohl an der Einführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste festhalten, haben Sie die Möglichkeit, arbeitsgerichtlich – ggf. auch im Eilverfahren – feststellen zu lassen, ob der Arbeitgeber im Rahmen seines Direktionsrechts trotz der von Ihnen gesehenen straf- und zivilrechtlichen Risiken die Teilnahme an einem fachübergreifendem Bereitschaftsdienst verlangen kann. Die selbe Möglichkeit haben auch Chef-

ärzte, von denen der Krankenhausträger trotz entgegenstehender fachlicher oder organisatorischer Bedenken die Einrichtung fachübergreifender Bereitschaftsdienste verlangen. Bevor Sie eine solche gerichtliche Überprüfung in Angriff nehmen, sollten Sie sich individuell von einem Fachanwalt für Arbeitsrecht oder – sofern Sie Mitglied sind – von einer ärztlichen Arbeitnehmervertretung oder einem ärztlichen Verband beraten und gegebenenfalls vertreten lassen. Darüber hinaus bitten wir Sie, die Ärztekammer Berlin sowie ggf. ärztliche Arbeitnehmervertretungen oder Verbände über geplante Einführungen fachübergreifender Bereitschaftsdienste in Ihrem Krankenhaus zu informieren, damit diese ärztlichen Interessenvertretungen im Rahmen Ihrer berufs- bzw. tarifpolitischen Einflussmöglichkeiten auf Grundlage fundierter Beispiele in Ihrem Sinne tätig werden können.

S. Niemeck, Stellvertretender Leiter  
Abteilung 4, Berufs- und Satzungsrecht,  
Ärztekammer Berlin

<sup>1</sup> z.B. Drucksache VI-22 des 107. DÄT 2004

<sup>2</sup> Krankenhausausschuss der Ärztekammer Berlin, Beschluss vom 23.10.2008

<sup>3</sup> LG Augsburg, Urteil vom 30.09.2004 – 3 KLS 400 Js 109903/01

<sup>4</sup> Bayerischer VGH, Urteil vom 12.11.1981 – 21.B - 460/79; VG Hannover, Urteil vom 22.01.1990 – 5 VG A 2/86;

<sup>5</sup> Boemke, Facharztstandard bei fachübergreifendem Bereitschaftsdienst, NJW 2010, 1562 unter Hinweis auf u.a. BGH NJW 1994, 3008

<sup>6</sup> Schulte-Sasse/Bruns, Fachübergreifender Bereitschaftsdienst – Lebensgefahr als Folge der Kosteneinsparung -, ArztRecht 2006, 116;

<sup>7</sup> Wienke, Fachübergreifender Bereitschaftsdienst: Ökonomisch notwendig – rechtlich unzulässig?, Mitteilungen aus der AWMF, Juni 2010,

<sup>8</sup> Ulsenheimer, Haftungsrechtliche Probleme bei fachübergreifenden Bereitschaftsdienst, Deutsche Gesellschaft für Chirurgie – Mitteilungen 2/05

<sup>9</sup> Ulsenheimer a.a.O.; Schlottfeld/Kutscher/Herrmann, Zulässig: Fachübergreifende Bereitschaftsdienste – Operationalisierung und Standards sorgen für Rechtssicherheit, [http://www.arbeitszeitberatung.de/o6\\_publicationen/pdf/pub84.pdf](http://www.arbeitszeitberatung.de/o6_publicationen/pdf/pub84.pdf) - Juli 2007

<sup>10</sup> Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AG MedR), Einsatz eines gynäkologisch-geburtshilflich tätigen Arztes im Ruf-/Bereitschaftsdienst eines Krankenhauses, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/015-067.htm>

<sup>11</sup> Ulsenheimer a.a.O.; Boemke, NJW 2010, 1564

<sup>12</sup> LG Augsburg, Urteil vom 30.09.2004 – 3 KLS 400 Js 109903/01

<sup>13</sup> Ulsenheimer a.a.O.

<sup>14</sup> Ulsenheimer a.a.O.

<sup>15</sup> Schlottfeld/Kutscher/Herrmann a.a.O.

<sup>16</sup> Ulsenheimer, Boemke; Schlottfeld/Kutscher/Herrmann jeweils a.a.O.

## Wie reagieren bei Einführung fachübergreifender Bereitschaftsdienste?

Wie sollten Sie reagieren, wenn von Ihnen die Teilnahme an einem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst verlangt wird, obwohl die vorgenannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind? Wir empfehlen die Krankenhausverwaltung auf die eigenen für Sie nicht hinnehmbaren straf- und zivil-

# Die deutsche Psychiatrie stellt sich ihrer Vergangenheit

**Besser spät als nie. Nach nahezu einem dreiviertel Jahrhundert stellte sich die deutsche Psychiatrie offiziell – als Fachgesellschaft – ausdrücklich ihrer Verantwortung: für massenhafte Zwangssterilisation, unethische Versuche und Tötungen zahlloser Patienten; auch der Mitverantwortung für die Zwangsemigration und die teils tödlich endende Verfolgung jüdischer und politisch unliebsamer Kollegen. Diese unbewältigte, nie zu bewältigende Schuld stand im Zentrum des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) Ende letzten Jahres in Berlin. Der Präsident der Fachgesellschaft hielt eine bewegende, nichts beschönigende Rede und bat die Opfer und ihre Angehörigen im Namen der deutschen Psychiatrie um Verzeihung.**

Psychiater haben in der Zeit des „Nationalsozialismus Menschen verachtet, die ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten in ihrem Vertrauen getäuscht und belogen, die Angehörigen hingehalten, Patienten zwangssterilisieren und töten lassen und auch selber getötet. An Patienten wurde nicht zu rechtfertigende Forschung betrieben, Forschung, die Patienten schädigte oder gar tötete.“

Thema, im Zentrum des Jahreskongresses der Fachgesellschaft. Ein paar tausend Psychiater hörten im größten Saal des ICC einigen Zeitzeugen sowie verlesenen Briefen und Dokumenten bewegt zu, ebenso ihrem Präsidenten, den sie immer wieder mit Beifall unterbrachen. Seine Rede wurde vom Vorstand der Gesellschaft einstimmig als deren Dokument verabschiedet. Die Angehörige eines der Opfer, Sigrid Falkenstein, sprach von einem „historischen Meilenstein“.



Frank Schneider

So schonungslos offen wie Frank Schneider dürfte noch kein Repräsentant der deutschen Psychiatrie die Schuld seiner Fachkollegen an Leiden und Tod hunderttausender ihrer Patienten dargestellt haben wie der Präsident der Deutschen

Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Er begann mit den eingangs zitierten Worten seine überzeugende, absolut authentisch wirkende Rede in der Gedenkveranstaltung „Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung.“

Dies Gedenken stand, neben einer Ausstellung und einer zeitgeschichtlichen Vortragsreihe zu dem bedrückenden

## Deutsche! Wehrt euch! Geht nicht zu jüdischen Ärzten!

Eine meiner erschütterndsten Erinnerungen ist, wie ich, am 1. April 1933, als achtjähriger Knabe gemeinsam mit meiner Schwester und unseren Eltern am Fenster der Praxis meines Vaters in der Antoinettenstraße in Dessau stand und sah, wie auf der Straße vor dem Hausingang SA-Männer standen, mit großen Schildern, auf denen geschrieben war: „Deutsche! Wehrt euch! Geht nicht zu jüdischen Ärzten!“ Dieser Moment gab den Ausschlag, indem meine Eltern ihren Beschluss fassten, der fortan unser Leben prägen sollte: „In einem Land, wo wir nicht gewollt sind, bleiben wir nicht!“

*Aus dem Beitrag zur Gedenkveranstaltung des Psychiaters Dr. Ephraim Bental, Haifa, geboren in Dessau als Werner Blumenthal.*

Dasselbe Wort wählte der Psychiater Ephraim Bental, Sohn des in Berlin geborenen Psychiaters Kurt Blumenthal, eines von 40 nach Palästina/Israel ausgewanderten Kollegen, die sich dort unter schwierigsten Bedingungen eine neue Existenz aufbauen mussten (s. Kasten-text).

## Mindestens 360.000 Zwangssterilisationen

Schneider erinnerte zunächst an die heute kaum fassbaren Fakten: Die Zwangsemigration und Deportation der jüdischen und politisch unerwünschten Kollegen, die Zwangssterilisationen und Tötungen von Patienten, die brutalen Experimente. Bereits am 14. Juli 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ verabschiedet. Am offiziellen Kommentar mitgearbeitet hat Ernst Rüdin, Direktor der Deutschen Forschungsanstalt für psychiatrischen Gesellschaft. In dem Kommentar heißt es: „Ziel der dem Volke artgemäßen Art- und Rassenpflege ist: eine ausreichende Zahl erbgesunder, für das deutsche Volk wertvoller, kinderreicher Familien zu allen Zeiten.“

Vermeintlich Erbkrankte, darunter Depressive, Schizophrene und Epileptiker mussten von den Ärzten gemeldet werden. Einige taten dies nie, aber es gab keine Sanktionen. Auch in anderen Ländern kam es auf dem Hintergrund der grassierenden eugenischen Vorstellungen zu Sterilisationen, aber nur in Deutschland erlaubte das Gesetz sie gegen den Willen der Betroffenen. Wahrscheinlich wurden in Deutschland mehr als 360.000 Menschen zwangsweise sterilisiert, mindestens 6.000 starben dabei.

„Die „Zwangssterilisation war für die Opfer ein massiver, ein schrecklicher Eingriff in den Kernbereich ihrer Identität, dem sie ohnmächtig ausgeliefert waren. Sie wurden damit nicht nur unwiederbringlich ihres Rechtes auf körperliche Unversehrtheit beraubt, sondern auch ihres Rechtes auf Elternschaft“, sagte Schneider. Aus Scham schwiegen die Betroffenen und ihre Angehörigen auch

## An den Herrn Hitler

Sie werden verzeihen, dass ich Ihnen ein paar Zeilen mitteilen darf, dass der Docktor Päetsch von Bielefeld Gesundheitsamt mich in Unglück gestürzt hat. Nun möchte ich mich mal bitte erkundigen, bei Ihnen Herr Hitler, ob der Docktor Päetsch das recht hat mich so ohne weiter Operieren zu lassen, denn ich bin nämlich unschuldig Operiert worden... Darf der Arzt das machen so ohne weiter, ob ich einverstanden bin oder nicht. Ich war nicht einverstanden damit gewesen... Ich war so gesund gewesen, und jetzt bin ich krank gemacht worden unschuldig. Ich bin jetzt halber Mensch, ich kann nicht mehr Arbeiten, ich habe dauern Magenschmerzen Tag und Nacht... Ich verlange vom Gesundheitsamt Docktor Päetsch mein Schmerzensgeld oder er muss mich wieder gesund machen wie gewesen war... Ich bin nämlich nicht Erbkrank und meine Verwandten sind auch nicht Erbkrank... Wegen den Docktor Päetsch kann ich jetzt nicht mehr heiraten. Ich bin 35 Jahre Alt und ich habe ein gesund Kind, ich möchte Ihnen drum bitten Herr Hitler Sorgen Sie bitte dass der Docktor Päetsch mich wieder gesund machen soll...

*Aus dem während der Gedenkveranstaltung verlesenen Brief einer zwangssterilisierten Hausgehilfin an Adolf Hitler vom 15.6.1939.*

Das Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ von dem Psychiater Alfred Hoche und dem Strafrechtler Karl Binding erschien bereits 1920. Darin ist die Rede von „Ballastexistenzen“ und vom „geistigen Tod“ psychisch Kranker und geistig Behinderter. Diese Mentalität mündete in die erste Massenvernichtungsaktion des Nationalsozialismus, den Krankenmord, genannt „Aktion T 4“, weil in der Tiergartenstraße 4 (vor der Philharmonie) die zentrale Dienststelle dafür war.

Ärztlicher Leiter der Tötungsaktion war Werner Heyde, Psychiatrie-Ordinarius in Würzburg. Nach dem Krieg mit Haftbefehl gesucht, war er, gedeckt von Ärzten und Juristen, unter dem Namen Fritz Sawade Gerichtsgutachter in Schleswig-Holstein, wie Schneider berichtete. Ausgelöst wurde die Krankentötungsaktion durch einen „Führerbefehl“ von 1939, rückdatiert auf den Tag des Kriegsbeginns, den 1. September. Er ermächtigte bestimmte Ärzte, unheilbar Kranken in bestimmten Fällen den „Gnadentod“ zu gewähren.

Für alle psychiatrischen Patienten mussten die Ärzte Meldebögen in die Tiergartenstraße schicken. Unter den fünfzig Gutachtern, die vor allem nach dem Kriterium der Nützlichkeit (Arbeitsfähigkeit) mit der Selektion der zu Tötenden beauftragt waren, befanden sich namhafte Psychiater. Drei von ihnen machte die Fachgesellschaft nach dem Krieg nacheinander zu ih-

ren Präsidenten: Werner Villinger, Friedrich Mauz und Friedrich Pause. Die beiden letzteren wurden später auch Ehrenmitglieder der Gesellschaft. Die von ihnen und den anderen Gutachtern nach den Meldebögen selektierten zur Tötung bestimmten 70.000 Patienten wurden in den Heil- und Pflegeanstalten mit grauen Bussen abgeholt und in sechs neu errichteten Tötungsanstalten (Grafeneck, Brandenburg-Goerden, Hartheim, Pirna-Sonnenstein, Bernburg und Hadamar) vergast. Die Erfahrungen mit dieser Mordtechnik wurden später in den Konzentrationslagern genutzt. „Psychiater überwachten den Abtransport und die Ermordung der ihnen anvertrauten Patienten“, sagte Schneider.

## Und das Töten ging weiter

Im August 1941 wurde die Aktion T 4 offiziell beendet – nach Protesten nicht etwa aus ärztlichen, sondern aus kirchlichen Kreisen. Aber auch danach wurden weiter Patienten getötet, meist mit überdosierten Medikamenten oder durch gezieltes Verhungernlassen. Und parallel zur Aktion T 4, die nur Erwachsene betraf, begann man in „Kinderfachabteilungen“ kranke Kinder zu töten, offenbar sehr viele. Bisher übernahm man die von den Tätern in Nachkriegsprozessen genannte Zahl von etwa 5.000. „Wie sich jetzt herausstellt, ist sie viel zu niedrig angesetzt“, teilte Schneider mit.

nach 1945. Und weil sie nicht zu den rassistisch, religiös oder politisch Verfolgten gehören, denen nach dem Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung eine finanzielle Entschädigung zusteht, sind sie bis heute nicht ausdrücklich als Opfer des Nationalsozialismus anerkannt, ebenso wenig wie die getöteten Kranken.

## Patienten getötet – vorerst 70.000

Die führende Rolle der Psychiater auch bei den systematischen Patientenmorden schilderte Schneider ohne Beschönigung:

ANZEIGE

Viele dieser Kinder waren vorher Objekt unethischer Forschungen. Manche wurden wahrscheinlich zur Tötung nur selektiert, um sie erst Experimenten unterziehen und sie später obduzieren zu können. Mit den Präparaten Ermordeter wurde ohne Skrupel noch Jahrzehnte nach dem Krieg gearbeitet. Die Zahl aller bis 1945 getöteten Kranken wird jetzt auf mindestens 250.000 geschätzt.

### Scham, Trauer und Bitte um Verzeihung

Noch 1972 wies der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Helmut Erhard, (früher Gutachter für die Zwangssterilisation) die „Versuche, das Fehlverhalten oder die Verbrechen einzelner Psychiater dieser Zeit der deutschen Psychiatrie anzulasten“, als unbegründet zurück. Mindestens seit den achtziger Jahren weiß man es besser. Einzelne Historiker und auch Psychiater (z.B. Klaus Dörner und

Asmus Finzen) hatten begonnen, die Geschichte der deutschen Psychiatrie im Nationalsozialismus zu erforschen. Vor allem aber nannte Frank Schneider das 1983 erschienene „aufrüttelnde Buch“ des Journalisten Ernst Klee „Euthanasie‘ im NS-Staat“, das er damals „ganz ungläubig und fassungslos gelesen hatte“.

Seit zwei Jahren diskutiert die Fachgesellschaft nun intensiv den Umgang mit der eigenen Geschichte. Vor einem Jahr ergänzte sie ihre Satzung um einen neuen Paragraphen 1: „Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung für die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisationen erwächst.“ Nun hat die Fachgesellschaft ein Forschungsprojekt auf den Weg gebracht, das Genaueres über diese Beteiligung ergeben soll (s. Kasten).

### Das zeitgeschichtliche Forschungsprojekt der deutschen Psychiater

Welche Rolle spielten die psychiatrischen Fachorganisationen bei den Zwangssterilisationen und Tötungen psychisch Kranker, der Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Kollegen und bei anderen Verbrechen während des nationalsozialistischen Regimes? Um dies zu klären, beschloss die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) vor einem Jahr ein Forschungsprojekt. Zunächst berief sie eine unabhängige, international besetzte „Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN“. Den Vorsitz hat Prof. Dr. Volker Roelcke (Gießen), auch die anderen Mitglieder sind namhafte Wissenschafts- und Medizinhistoriker: Prof. Dr. Carla Sachse (Wien), Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach (Hamburg) und Prof. Dr. Paul Windling (Oxford). Den Forschungsauftrag erteilte die Kommission nach der Ausschreibung an Prof. Dr. Hans-Walter Schmuhl (Bielefeld) und Frau Prof. Dr. Rakefet Zalashik (Heidelberg, Israel u. USA). Der Abschlussbericht wird in spätestens zwei Jahren erwartet und soll dann als Monographie erscheinen. In einer zweiten Arbeitsphase wird danach die „Aufarbeitung“ nach 1945 untersucht werden.

### Gedenkstätte für die ermordeten Kranken gefordert

Eine würdige Stätte der Erinnerung an die Opfer der „Aktion T 4“, bei der zunächst etwa 70.000 Kranke und Behinderte vergast wurden, forderten mehrere Redner und Rednerinnen der Gedenkveranstaltung. Sigrid Falkenstein, Nichte einer getöteten Psychiatriepatientin, setzt sich wie viele andere für die „Errichtung eines nationalen Gedenk- und Dokumentationsortes am historischen Standort der Planung und Organisation der ‚Euthanasie‘-Morde an der Tiergartenstraße ein – nicht nur als Ort der Trauer, sondern vor allem als Ort der Information.“ Der Präsident der DGPPN schloss sich in deren Namen an. Das Fehlen eines solchen zentralen Gedenkortes sei „nicht nur für die Überlebenden und ihre Angehörigen Ausdruck fortdauernder Verdrängung und Erniedrigung, es ist auch ein blinder Fleck im Gedächtnis unseres Landes und der deutschen Psychiatrie.“ Heute gebe es am Ort der damaligen T 4-Dienststelle vor der Philharmonie „nur eine unscheinbare, in den Boden eingelassene Gedenktafel.“



Die Ärztekammer Berlin sorgte schon im Jahre 1987 wenigstens für diese Gedenktafel. Erst sehr viel später wurde die Plastik von Serra mit Hilfe eine Stele nachträglich den ermordeten Kranken gewidmet.

Schneider sprach von „Scham und Trauer“ auch darüber, dass die Gesellschaft sich erst jetzt, mehr als sieben Jahrzehnte nach den Taten, systematisch mit der Rolle ihrer Vorgängerinnen befasst. Dann bat er die Opfer von Zwangsemigration, Zwangssterilisation, Zwangsforschung und Ermordung sowie ihre Angehörigen um Entschuldigung:

**„Im Namen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde bitte ich Sie, die Opfer und deren Angehörige, um Verzeihung für das Leid und das Unrecht, das Ihnen in**



Foto: Zentralarchiv Diakonie Neuendettelsau

Abtransport von Patienten in die Tötungsanstalt.

**der Zeit des Nationalsozialismus im Namen der deutschen Psychiatrie und von deutschen Psychiaterinnen und Psychiatern angetan wurde, und für das viel zu lange Schweigen, Verharmlosen und Verdrängen der deutschen Psychiatrie in der Zeit danach.“**

### **Mythen entkräftet, Lehren gezogen**

Der Faktenteil dieser Gedenkrede war auf dem letzten Stand der zeitgeschichtlichen Forschung. Jahrzehntelang hatten drei zentrale Mythen das Bild der Medizin in den zwölf Jahren des nationalsozialistischen Regimes bestimmt. Der Gießener Psychiater und Medizinhistoriker Volker Roelcke beschrieb diese nun überholten Mythen in einem der Vorträge des wissenschaftlichen Symposiums über die Psychiatrie im Nationalsozialismus. (Ausführlich nachzulesen in „Der Nervenarzt“ Heft 11/2010 S. 1317-1325.)

Zum einen war man lange davon überzeugt, die Verbrechen an den Patienten seien der Medizin aufgezwungen worden; nur wenige fanatische Nazi-Ärzte hätten sich beteiligt. Im Gegenteil leisteten nur

wenige Widerstand; die große Mehrheit der Psychiater war einverstanden oder sogar aktiv beteiligt.

Auch die Vorstellung, die Sterilisationen und Tötungen von Patienten seien ausschließlich aus der Nazi-Idelologie zu erklären und hätten nichts mit der zeitgenössischen Wissenschaft zu tun, ist ein Mythos. Vielmehr war schon Jahrzehnte vor Hitlers Machtergreifung die Eugenik eine breite internationale Strömung. Allein die brutale Umsetzung solcher Ideen in die Tat war nur unter einem totalitären Regime möglich.

Als Mythos bezeichnete Roelcke auch die Annahme, alle Experimente an KZ-Insassen und Anstaltspatienten seien nichts als Pseudowissenschaft gewesen. Vielmehr folgten die Forscher der Logik ihrer Disziplinen, nutzten aber gern die Gelegenheit zum rücksichtslosen, durch keine ethischen oder juristischen Regeln behinderten Zugriff auf menschliche Versuchsobjekte. Daten, die man an lebenden Probanden gewonnen hatte, konnten nach deren Tötung mit Obduktionsbefunden und histopathologischen Untersuchungsergebnissen zusammengeführt werden.

Die Grenzüberschreitungen lassen sich nach Roelcke als extreme Manifestationen von Möglichkeiten verstehen, die in der modernen Medizin angelegt sind. Daher könne man daraus lernen, kritischer mit den heutigen Versuchs- und Zuzumutungssituationen umzugehen. Das passte zum Schluss von Frank Schneiders Rede: „Wir haben viel gelernt, die Psychiatrie ebenso wie die gesamte Medizin, Politik und Gesellschaft... Wir... sollten keine Werturteile über Menschen fällen... Die unantastbare Menschenwürde ist immer die Würde des einzelnen Menschen, und kein Gesetz und kein Forschungsziel darf uns dazu verleiten, diese zu missachten.“

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

# Wie verkauft man die Psychiatrie?

In Handschellen und mit Blaulicht in die „Psychiatrie“. Solche Schlagzeilen suggerieren, psychiatrische Kliniken seien noch immer so eine Art Gefängnis. Die Boulevardpresse liebt's eben drastisch, unterscheidet auch nicht zwischen der ganz normalen stationären und der forensischen Psychiatrie. Psychisch Kranke werden als höchst gefährliche Leute geschildert, die man schleunigst einsperren muss. Oder es wird dramatisch beschrieben, wie scheinbar völlig Gesunde zwangseingewiesen werden, so dass man sie unbedingt befreien muss. Psychiatrie und Presse, das ist ein heikles Thema, seit es Zeitungen gibt. Nicht nur „sex sells“ auch „sensation sells“.

Dies war nur ein einziger Aspekt des Vortrags von Thomas Nessler, Hauptgeschäftsführer und Pressereferent der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, auf deren Jahrestagung in Berlin. Ein Vortrag über das „Bild der Psychiatrie in medialen Öffentlichkeiten“ so gelehrt und komplex, das wir hier nur ein paar Punkte herausgreifen können.

Aber das lohnt sich, denn die Seelendoktoren stellen sich die dringende Frage: Wie können wir die Medien dazu bringen, unser Fach realistisch darzustellen und unsere Patienten vom Stigma zu befreien? Hinter den sieben Bergen kommen ja sogar in Deutschland noch Exorzismen vor wie im Mittelalter!

Und auf einer höheren Ebene findet noch immer ein Diskurs statt, der Tradition hat: Genie und Wahnsinn. Da gibt's nach Nessler zwei Trends: Die einen halten sich an den poeta doctus, das gelehrte Universalgenie, die anderen haben das Bild des poeta vates vor Augen, des verrückten Sehers; Wahn als Quelle der Kreativität.

Also Aufklärung! Da tut die Fachgesellschaft schon viel, hatte zum Beispiel Veranstaltungen für Lehrer, für Schüler, für alle anderen im Kongressprogramm. Und

schon 2006 gab die DGPPN (genauer ihr damaliger Präsident Fritz Hohagen zusammen mit Thomas Nessler) ein allgemeinverständliches „Handbuch psychische Gesundheit“ heraus: „Wenn Geist und Seele streiken“ (Südwest Verlag München). Ein Zitat: „An einer Schizophrenie Erkrankte werden pauschalisiert als ‚unberechenbar‘ und ‚gewalttätig‘ abqualifiziert“.



Einer der bekanntesten Psychiatrie-Insassen: Jack Nicholson als R. P. McMurphy.

Welcher Laie weiß schon, dass viele dieser Patienten heute allein leben können, ambulant behandelt ganz gut zurecht kommen und sich von selbst in die Klinik begeben, wenn sie merken, dass dies wieder einmal nottut? Im Handbuch liest man: „Entgegen einer weit verbreiteten Meinung ist die Schizophrenie heute gut behandelbar. Behandlungsziel ist weitestgehende Symptombefreiheit und bestmögliche Lebensqualität durch ein selbstbestimmtes unabhängiges Leben.“ Wie bringt man so was in die diversen Medien? Zu den gedruckten kamen nach und nach Radio, Film und das ungeheuer meinungsbildende Fernsehen.

Nun auch noch das Internet. Damit wird, so Nessler, aus der kommunikativen Einbahnstraße eine Straße mit Gegenverkehr – welch eine Chance für Informa-

tionsanbieter wie zum Beispiel Fachgesellschaften! Oder Selbsthilfegruppen: Virtuelle Diskussionsforen werden besonders von Menschen mit Depressionen genutzt – überraschend! Oder auch nicht? Sie können ja dabei zurückgezogen zu Hause bleiben.

Nochmal: Wie weckt man Aufmerksamkeit, beispielsweise für psychiatrische und auch andere schwierige Themen? fragte Nessler und gab selbst die Antwort: Das argumentative Denken ist begrenzt; Narratives muss sein, eine Inszenierung, die Bezug zu einem Menschen herstellt.

Journalisten wussten das schon immer. Auch Medizinpublizisten beginnen gern mit einer Fallschilderung. In guten wissenschaftlichen Vorträgen gibt's auch immer Kasuistik – ein Mittel, um Aufmerksamkeit zu wecken und Nachhaltigkeit zu erzielen, weil Emotionales besser hängenbleibt.

Ein Beispiel:

Der Film über eine neue Therapie des Tourette-Syndroms wurde von der DGPPN gerade preisgekrönt – weil nicht der Hirnschrittmacher und sein Anwender im Zentrum steht, sondern ein junger Patient, der selbst über seine Tics sprach und sich im Anfall filmen ließ. Nessler zog aus seiner sehr differenzierten Darstellung ein ganz einfaches Fazit: „Mit guten Geschichten und Bildern kann auch die Psychiatrie Aufmerksamkeit gewinnen.“

Rosemarie Stein

# BERLINER ÄRZTE

1/2011 48. 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.)  
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, FAX -4199  
Titel: Sehstern, Foto: antonio guariglia - Fotolia.com

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62,  
04107 Leipzig  
Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: www.l-va.de  
E-Mail: mb@l-va.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:  
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin  
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874  
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-  
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

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 € 78,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 52,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,35 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2011 vom 01.01.2011.

ISSN: 0939-5784

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage des  
**HELIOS Klinikum Emil von Behring GmbH.**  
Wir bitten um freundliche Beachtung.