

# BERLINER



03 / 2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der  
Ärztekammer Berlin

## Der Sicherstellungsauftrag:

Schlüssel für eine optimale  
Gesundheitsversorgung oder  
Gängelung der Ärzteschaft?



## Ansporn und Verpflichtung

Am 7. Februar hat die Ärztekammer Berlin ihr 50-jähriges Bestehen mit einer Festveranstaltung im Glashof des Jüdischen Museums Berlin gefeiert. Gekommen waren rund 250 Gäste aus dem Gesundheitswesen, der Politik und von Verbänden und Organisationen der Selbstverwaltung, um gemeinsam mit den ehren- und hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu feiern. Die breite Beteiligung von Spitzenvertretern von Institutionen des Landes und des Bundes ist ein Zeichen der Anerkennung und der Akzeptanz der Leistung der Ärztekammer Berlin. Berlins Regierender Bürgermeister Klaus Wowereit und Gesundheitssenator Mario Czaja haben sich nicht nur die Ehre gegeben, sondern ausführlich dargestellt, warum sie ihrerseits die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin schätzen. Und dass das Gesagte nicht nur dem festlichen Anlass und der Höflichkeit geschuldet war, zeigten ihre



Foto: K. Friedrich

Reden. Sowohl Wowereit als auch Czaja machten deutlich, dass sie die Ärztekammer Berlin als eine starke und selbstbewusste Interessenvertretung der knapp 29.000 in Berlin tätigen Ärztinnen und Ärzte schätzen, die immer wieder politische und gesellschaftliche Impulse setzt. Hervorgehoben haben beide auch das partnerschaftliche Verhältnis, das zwischen der Kammer und der Landespolitik herrscht. Das war nicht immer so. Den Beteiligten ist bewusst, dass es nur gemeinsam gelingen kann, die gesundheitspolitischen Probleme dieser Stadt zu lösen. Dazu braucht es einen fairen und offenen Umgang miteinander. Diesen haben wir inzwischen in vielen Bereichen.

Doch wir haben die Jubiläumsfeier nicht nur genutzt, um uns gegenseitig auf die Schulter zu klopfen, sondern auch, um einen Moment innezuhalten und uns einmal mehr bewusst zu machen, was unser Kernauftrag als Ärztekammer ist. Dies haben unsere beiden exzellenten Festredner Harald Mau und Manfred Richter-Reichhelm aus verschiedenen Blickpunkten getan und sind doch zum selben Ergebnis gekommen: Die Ärztekammer existiert nicht zum Selbstzweck, sondern ist einerseits Vertretung ihrer Mitglieder und deren Interessen, ande-

rerseits ist sie dem Allgemeinwohl, also den Bürgerinnen und Bürgern dieser Stadt, verpflichtet. Diesem Auftrag kann sie aber nur nachkommen, wenn die Ärzteschaft das notwendige Vertrauen der Patientinnen und Patienten besitzt. Dieses Vertrauen aufrechtzuerhalten und immer wieder aufs Neue herzustellen, ist denn auch Aufgabe aller Ärztinnen und Ärzte. Das tun Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, tagtäglich in Klinik und Praxis bei der Behandlung ihrer Patienten. Aber auch untereinander müssen wir Ärzte immer wieder daran denken, einen fairen und partnerschaftlichen Umgang zu pflegen. Denn nur eine geschlossene Ärzteschaft ist stark und eben vertrauenswürdig.

Dass die Leistung der Ärztekammer Berlin auf so breiter Ebene anerkannt wird, ist für uns Ansporn und Verpflichtung für die Zukunft. Wir danken allen ehrenamtlich und hauptamtlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Leistung möglich machen.

Ihre

Günther Jonitz

Elmar Wille





TITELTHEMA

## Wie sicher ist der Sicherstellungsauftrag? Ein Hintergrund

Von Angela Mißlbeck  
Seite 16

EDITORIAL.....

**Ansporn und Verpflichtung**

Von Günther Jonitz und Elmar Wille.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Nationale Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln**

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

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

**Berlin feiert 50 Jahre ärztlichen Verstand** .....22

**Berlin beim bisher größten lebensmittelbedingten Ausbruch auch betroffen**

Infektionsschutzbericht für das 2. Halbjahr 2012  
Von Jörg Bätzing-Feigenbaum .....26

**Charité-Seminar immunisierte Ärztenachwuchs gegen Pharma-PR**

Von Rosemarie Stein.....30

**Unter Einfluss  
Wie unabhängig kann Wissenschaft sein?**

Von Rosemarie Stein .....32

**Patientenrechte im Gesetz- Teil 3**  
Vierteilige Beitragsserie über das Patientenrechtegesetz

Von Martina Jaklin .....34

FORTBILDUNG.....

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin** .....28

PERSONALIEN.....

**Trauer um Kilian Tegethoff**.....15

**Bestandene Facharztprüfungen November-Dezember 2012**

.....40

FEUILLETON.....

**Liebe, wissenschaftlich**

Von Rosemarie Stein.....42

### Ärzte für bundesweite Untersuchung gesucht

Seit den Anschlägen auf das World Trade Center 2001, den Überschwemmungen in Deutschland und den Bombenattentaten von Madrid und London hat sich das Bewusstsein in der Bevölkerung und Politik hinsichtlich des möglichen Auftretens von Katastrophen oder Ereignissen im Zivilschutzfall in Deutschland geändert. Gleichzeitig wurde mit einer Umstrukturierung des Bevölkerungsschutzes begonnen. In diesem Rahmen plant das Bundesministerium des Inneren gemeinsam mit den Ländern die Einführung sogenannter Medizinischer Task Forces (MTF). Dafür vorgesehene Fahrzeuge und Material befinden sich gegenwärtig im Beschaffungsprozess, Helfer und Führungskräfte werden ausgebildet.



Ziel eines gemeinsamen Forschungsvorhabens der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Mainz mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) ist es, Wirkstoffgruppen, deren geeignete Applikationsform sowie Vorhaltungsmengen im Rahmen des MTF-Konzeptes zu ermitteln, um eine ausreichende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in einer

katastrophenmedizinischen Schadenslage sicherzustellen. Nähere Informationen zur Medizinischen Task Force und zum Katastrophenschutz in Deutschland finden Sie unter: [www.bbk.bund.de](http://www.bbk.bund.de)

#### Geplante Untersuchung:

Um die MTFs reibungslos überregional einsetzen zu können, müssen bundeseinheitliche Vorgaben für den gesamten Prozess des Medikamentenmanagements (Auswahl von Art und Menge vorzuhaltender Substanzen, Beschaffung, Lagerung, Auslieferung, Zugriff, Entsorgung und Neubeschaffung) erarbeitet werden. Die geplante Untersuchung soll, neben einer umfangreichen Literaturrecherche (Publikationen, Leitlinien und bereits bestehende Listen), dies evaluieren. Dazu plant eine Arbeitsgruppe die Simulation relevanter Szenarien mit einer repräsentativen Gruppe von Ärzten.

Gesucht werden daher Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie (mit und ohne Facharztbezeichnung), die sowohl klinisch als auch niedergelassen tätig, für die Teilnahme an der geplanten Simu-

lation. Die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin oder der Fachkundenachweis Rettungsdienst ist für die Teilnahme an der Simulation nicht notwendig. Da für die Studie eine repräsentative Verteilung der Fachrichtungen und der Bundesländer angestrebt wird, kann eine Auslosung der Bewerber stattfinden.

Es ist geplant, die Simulationen an verschiedenen Orten in Deutschland (z.B. Hamburg, Dresden, Düsseldorf und Mainz) durchzuführen, um den Teilnehmern eine weite Anreise zu ersparen.

Sie haben Interesse am Katastrophenschutz und an kostenfreier spannender Full-Scale-Simulation? Sie möchten gerne im Rahmen eines interessanten Projektes CME-Fortbildungspunkte erhalten, akutmedizinische Szenarien am Simulator bearbeiten und „state-of-the-art“-Informationen zu verschiedenen aktuellen Themen (u.a. Reanimation und Anaphylaxie) erhalten? Wenn Sie hierfür im Jahr 2013 sowie Anfang 2014 jeweils einen Tag erübrigen können, nehmen Sie bitte per Mail Kontakt mit der Universitätsmedizin Mainz auf:

Wir beantworten sehr gerne Ihre Fragen. Sie erreichen uns über Telefon, E-Mail oder über folgenden Link: <http://www.unimedizin-mainz.de/mtf>  
Telefon: 06131 17 -6735 oder -2051  
E-Mail: [mtf@unimedizin-mainz.de](mailto:mtf@unimedizin-mainz.de)

## Ausstellung Ärztekammer Berlin

NEU ERSCHIENEN

# BERLINER ÄRZTE BILDr.BUCH

DAS BUCH ZUR AKTUELLEN AUSSTELLUNG DER SEHSTERN- TITELBILDr



IN DER ÄRZTEKAMMER BERLIN VOM 1. FEBRUAR BIS 31. MÄRZ 2013



Katalog, 128 Seiten,  
Hardcover, mit Abbildungen  
aller 300 Titel seit 1988

Bestellungen an:  
[info@sehstern.de](mailto:info@sehstern.de)

oder telefonisch unter:  
030. 217 60 99

Einzelpreis 19,80 EUR  
zuzüglich Versand

[www.sehstern.de](http://www.sehstern.de)



## Charité

### Alumni gesucht

Die Charité ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“.

In diesem Jahr soll die Vergabe nun zum dritten Mal in Folge wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Infolge der Wirren der Nachkriegs- und Vorwendezeit ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen leider verloren gegangen.

Sollten Sie vor 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den dies zutrifft, melden Sie sich bitte im Promotionsbüro der Charité–Unversitätsmedizin Berlin unter 030/450576-018/-016.

ANZEIGEN

Prävention

## Dunkelfeld-Projekt lädt zu Infoabend ein

Das Präventionsprojekt Dunkelfeld („Kein Täter werden“) lädt zu einer Informationsveranstaltung am 22. März 2013 in Berlin ein. Das Berliner Präventionsprojekt ist Initiator und Koordinator des deutschlandweiten Präventionsnetzwerks „Kein Täter werden“, das an allen Standorten ein kostenloses und durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen bietet, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und deshalb therapeutische Hilfe suchen.

Das Projekt richtet sich an Menschen, die aufgrund ihrer Neigung befürchten, erstmalig oder erneut Übergriffe zu begehen, aktuell aber nicht unter Strafverfolgung wegen



### »kein täter werden.« Kostenlose Therapie unter Schweigepflicht

sexuellem Kindesmissbrauch und/oder des Konsums von Missbrauchsabbildungen (sog. Kinderpornografie) stehen.

Im Rahmen der Therapie erhalten die betroffenen Personen Unterstützung, um sexuelle Übergriffe durch direkten körperlichen Kontakt oder indirekt durch den

Konsum oder die Herstellung von Missbrauchsabbildungen zu verhindern. Über das Projekt und dessen Inhalte sowie die gemeinsame Netzwerkarbeit möchten das Projekt Interessierte gerne informieren und lädt herzlich ein, an der Veranstaltung teilzunehmen:

**Termin:** 22. März 2013  
Beginn: 18 Uhr (voraussichtliches Ende: 19:30 Uhr)

**Ort:** Virchow-Hörsaal,  
Phillippstraße 12, 10115 Berlin  
Der Eintritt ist kostenlos, um Anmeldung bis zum 15. März 2013 wird gebeten.

**Kontakt:** [ivian.Bloehm@charite.de](mailto:ivian.Bloehm@charite.de).  
<http://www.kein-taeter-werden.de>

## Kongress

### 18. Kongress Armut und Gesundheit

Zum 18. Mal findet am 6. und 7. März 2013 der Kongress Armut und Gesundheit statt. Das Thema des Kongresses, der von der Ärztekammer Berlin mitgetragen wird, lautet diesmal „Brücken bauen zwischen Wissen und Handeln – Strategien der Gesundheitsförderung“. Als Eröffnungsredner konnte Prof. Dr. Ansgar Gerhardus gewonnen werden. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Public Health und Professor an der Universität Bremen wird unter dem Titel „Vom Wissen zum Handeln und zurück: Brücke, Boot oder (U-)Bahn?“ sprechen.

In der Abschlussveranstaltung diskutieren Vertreter/innen aller Bundestagsfraktionen über die bundespolitische Umsetzung von Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung. In den mehr als 80 Fachforen, Workshops und Gesprächsrunden wird zum 4. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, zur Gesundheit von Erzieher/innen, zur Situation von Migrant/innen ohne Krankenversicherung, zur Schnittstellenproblematik in den Frühen Hilfen, zu Armut in den Kommunen, zu Gesundheit und Wohnungslosigkeit, zum Älterwerden in ländlichen Regionen sowie zu zahlreichen weiteren Themen der gesundheitlichen Chancengleichheit diskutiert.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf Fragen des Transfers, etwa von Ansätzen der gemeindeorientierten Gesundheitsförderung in kommunale Praxis und Politik oder zu den Perspektiven von Landeseinrichtungen auf den Wissenschafts-Praxis-Transfer.

18. Kongress Armut und Gesundheit, 6./7. März 2013  
Technische Universität Berlin, Hauptgebäude  
Informationen und Anmeldung: [www.armut-und-gesundheit.de](http://www.armut-und-gesundheit.de)

## Kurs

### Clinical Management of Tropical Diseases Intensivkurs vom 22.04. – 03.05.2013

Das Management der häufigen Tropenkrankheiten, v. a. Infektionskrankheiten, steht im Zentrum dieses zweiwöchigen Intensivkurses. Die Dozenten sind Kliniker und Experten mit langjähriger tropenmedizinischer Erfahrung u. a. in den Endemiegebieten. Neben Vorträgen kommen Fallstudien und praktische Übungen (z. B. Mikroskopie) zum Einsatz.

Der Kurs richtet sich an Ärzte mit Vorkenntnissen in der Infektions- und Tropenmedizin und eignet sich zur Auffrischung oder Vorbereitung auf einen Arbeitseinsatz in einem Entwicklungsland.

Kursgebühren: 850 € (750 € für Studenten des MSc Programms International Health)

Punkte: 3 ECTS, 60 Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer Berlin

Ort: Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin

Weitere Informationen:

<http://tropeninstitut.charite.de/institut/aktuelles>

Kontakt: [regina.keiper@charite.de](mailto:regina.keiper@charite.de)

## Fortbildung

---

### Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“ „Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse

zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet

am 16.03.2013 (10-16 Uhr) sowie am 20.03.2013 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt.



Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit

im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH; E-Mail: [wieners@signal-intervention.de](mailto:wieners@signal-intervention.de); Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten (16.03.2013) bzw. mit 3 Fortbildungspunkten (20.03.2013) der Ärztekammer Berlin anerkannt.

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Schlosspark-Klinik

Seit Januar ist Dr. Richard Stern Chefarzt des neu etablierten Schwerpunktes Kardiologie in der Schlosspark-Klinik. Dr. Stern ist Herzspezialist und wechselte aus dem Jüdischen Krankenhaus, wo er seit 2005 Ärztlicher Leiter des Zentrums für Herzinsuffizienz war.

### Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weißensee

Seit dem Januar ist PD Dr. Frank Godemann Chefarzt der Klinik für Seelische Gesundheit im Alter und Verhaltensmedizin. Mit der neuen Struktur wird der weiteren Spezialisierung der umfassenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote neben der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik inklusive MVZ unter der Leitung von Frau Dr. Hauth Rechnung getragen.

### Ev. Krankenhaus Hubertus

Seit dem 1. Februar hat Prof. Dr. Ernst Weigang die Abteilung für Gefäßchirurgie übernommen. Prof. Weigang war zuletzt Sektionsleiter der Gefäßchirurgie der Universitätsklinik Mainz. Er wird Nachfolger des langjährigen Chefarztes Dr. Christoph Albiker, der in den Ruhestand verabschiedet wurde.

### Sana Klinikum Lichtenberg

Seit dem 1. Februar hat Dr. Eric Hilf die chefarztliche Leitung der Klinik für Innere Medizin III/Geriatrie übernommen. Er folgt damit auf Dr. Bernhard Gruß, der die Klinik im vergangenen Jahr erfolgreich geführt hat und nun wieder seine Position als Leitender Oberarzt einnehmen wird. Dr. Hilf war zuletzt Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Vivantes Krankenhauses für Geriatrie im Märkischen Viertel.

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

## Fortbildung

## Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News - Basiskurs

Die Übermittlung schlechter Nachrichten in der Medizin gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten sowie Angehörigen. Jeder Arzt, jede Ärztin, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und sum-

mieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient / Patientin hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team: Die Arbeitszufriedenheit ist erhöht und das Risiko von „burnout“ und Depressionen vermindert. Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklä-

rungskonzepten an für (Erst-) Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung:  
Frau Dr. med. Klapp  
Termin: Freitag 16.08.2013 -  
Samstag 17.08.2013  
Ort: Ärztekammer Berlin  
Anmeldung: Tel.: 40806-1209,  
E-Mail: s.zippel@aekb.de  
(Die Teilnehmerzahl ist auf 15  
Personen begrenzt)  
290 €, 17 Fortbildungspunkte.

## MFA

## Übertragung der Gleichwertigkeitsfeststellung nach dem BQFG an die Ärztekammer Westfalen-Lippe

Seit dem 1. April 2012 haben alle Personen mit einem im Ausland erworbenen Berufsabschluss einen Anspruch auf Überprüfung der Gleichwertigkeit ihrer im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen mit einem deutschen Berufsabschluss.

Personen, denen die volle Gleichwertigkeit ihrer Auslandsqualifikation bescheinigt wird, haben die gleichen Rechte wie Personen mit einem deutschen Prüfungszeugnis. Es wird ihnen allerdings kein deutsches Prüfungszeugnis erteilt, sondern ein Gleichwertigkeitsbescheid.

Die Bescheinigung der Gleichwertigkeit ist für die Ausübung des Berufs „Medizinische/r Fachangestellte/r“ keine zwingende Voraussetzung, das heißt, man kann sich auch ohne eine formale Gleichwertig-

keitsbescheinigung auf dem Arbeitsmarkt bewerben. Eine Gleichwertigkeitsfeststellung macht die im Ausland erworbene Qualifikation jedoch transparent. Damit ist die Qualifikation für einen Arbeitgeber besser einzuschätzen.

Den Anspruch auf das Anerkennungsverfahren und das Verfahren selbst regelt das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG).

Die Ärztekammern sind zuständige Stelle für die Durchführung des Verfahrens nach dem BQFG mit dem deutschen Berufsabschluss „Medizinische/r Fachangestellte/r“. Das Gesetz räumt den zuständigen Stellen die Möglichkeit ein,

diese Aufgabe anderen zuständigen Stellen zu übertragen. Die Ärztekammer Berlin hat von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und der Ärztekammer Westfalen-Lippe die Aufgabe der Gleichwertigkeitsfeststellung übertragen. Die Aufgabenübertragung wurde durch die jeweils zuständigen Aufsichtsbehörden genehmigt.

Interessenten aus Berlin, die einen Antrag auf Gleichwertigkeitsfeststellung stellen möchten, wenden sich daher bitte künftig direkt an:

Ärztekammer Westfalen-Lippe  
Frau Nicole Recker  
Gartenstraße 210-214,  
48147 Münster  
Telefon: 0251/929-2252  
Fax: 0251/929-2299  
E-mail: mfa@aekwl.de

## Nationale Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln

Am 22. Januar 2013 hat in Berlin die konstituierende Sitzung der Nationalen Verifizierungskommission zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland stattgefunden. Die Kommission wurde vom Bundesministerium für Gesundheit berufen und besteht aus Experten auf dem Gebiet der angewandten Infektionsepidemiologie, Public Health, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Ärzteschaft, der Virologie sowie der Psychologie. Die Kommission wird durch eine am Robert Koch-Institut etablierte Geschäftsstelle unterstützt.

Die Kommission hat die Aufgabe, den Eliminationsprozess der Masern und Röteln in Deutschland zu begleiten und zu dokumentieren. Dazu stellt sie Daten über das Auftreten der Masern und Röteln in Deutschland über die Immunität der Bevölkerung gegen diese Infektionen zusammen und analysiert diese Informationen im Hinblick auf die Erreichung der Eliminationsziele nach den Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Kommission bewertet auch den Stand der Umsetzung zielführender Maßnahmen und setzt sich für geeignete Strategien zur Beschaffung und Analyse von Daten zur Verifizierung der Elimination der Masern und Röteln in Deutschland ein.

Die WHO-Region Europa hat sich zum Ziel gesetzt, die Masern und Röteln bis zum Jahr 2015 in ihren 53 Mitgliedsstaaten zu eliminieren. Dies ist auf dem amerikanischen Kontinent bereits gelungen. Aufgrund intensiver Impfaktivitäten gilt dieser Kontinent bereits seit 2002 als masernfrei und konnte 2010 auch die Elimination der kongenitalen Rötelnembryopathie verkünden.

Die Masern gelten als eine der ansteckendsten Infektionskrankheiten überhaupt. Trotz global zur Verfügung stehender Impfstoffe stellen sie weiterhin weltweit eine wesentliche Todesursache bei Kindern dar, 2010 zum Beispiel ge-

schätzt 140.000 Kinder, insbesondere in afrikanischen Ländern und Indien.

Auch in den Mitgliedsstaaten der WHO-Region Europa können Masern zu vergleichsweise hohen (bis 20%) Raten an Komplikationen und Folgeerkrankungen mit Krankenhauseinweisungen führen. In Deutschland waren die gemeldeten Masernzahlen im Jahr 2004 schon einmal mit 123 Fällen vergleichsweise

niedrig, stiegen dann allerdings in den folgenden Jahren wieder zum Teil erheblich aufgrund ungenügender Impfquoten in der Bevölkerung an. So

wurden dem RKI im Jahr 2006 2.308 Fälle und im Jahr 2011 1.607 Fälle übermittelt. Im Jahr 2011 entsprach dies einer Inzidenz von 20 Fällen pro 1 Million Einwohner. Als Ziel für die angestrebte Elimination der Masern gibt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) das Auftreten von weniger als 1 Fall pro 1 Million Einwohner an. Deutschland trug in den letzten Jahren darüber hinaus auch zu einem Export der Masern in weitere Mitgliedsstaaten der WHO Region Europa aber auch in andere WHO Regionen bei. Für das Jahr 2012 wurden dem RKI 167 Fälle übermittelt.

In Deutschland bestehen Impflücken insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Aus diesem Grund hatte die Ständige Impfkommission (STIKO) 2010 ihre Empfehlung angepasst und rät allen nach 1970 geborenen Personen, ihren Impfstatus zu überprüfen und bei unklarem Impfstatus, fehlender oder nur einmaliger Masern/Röteln-Impfung ihren Arzt zu konsultieren. Kinder sollten zum Ende des zweiten Lebensjahres zweimal gegen die Masern geimpft worden sein. Fehlende Impfungen gegen Masern und Röteln bei Kindern und Jugendlichen sollten so schnell wie möglich nachgeholt werden.

Weitere Informationen: [www.rki.de](http://www.rki.de) > **Infektionskrankheiten A-Z**



## Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

### Gesetzliche Grundlagen

Mit der am 29. Juni 2012 in Kraft getretenen Verordnung zur Regelung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen (Hygieneverordnung) von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wurden auch für Berlin u.a. die fachlichen Anforderungen an den Krankenhaushygieniker gemäß den Vorgaben des Infektionsschutz-Änderungsgesetzes (IfSG) neu definiert.

Dieses Gesetz fordert, dass Inhalt der Hygieneverordnung u.a. die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen (Ausstattung, Fort-, Weiterbildungsvoraussetzungen, laufende Schulungen) im Bereich Hygiene in medizinischen Einrichtungen sein soll. Es gilt mithin, bestmögliche personelle Voraussetzungen in der Verordnung festzuschreiben – die Anforderungen müssen jedoch von den jeweiligen Einrichtungen auch erfüllbar sein, d.h. es müssen genügend qualifizierte Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen. Die geforderten Qualifikationen entsprechen den Vorgaben der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) am Robert Koch-Institut. Im ärztlichen Bereich geht es konkret um die Qualifikationsstufen des *Hygienebeauftragten Arztes* und den *Krankenhaushygieniker*. Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin oder Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie verfügen über die entsprechende Qualifikation.

Da jedoch (bundesweit) die Anzahl von entsprechend qualifizierten Fachärzten nicht ausreicht, um den durch die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes zusätzlich

entstandenen Bedarf an qualifizierten *Hygienebeauftragten Ärzten* und insbesondere an *Krankenhaushygienikern* fristgerecht, d.h. gemäß IfSG bis längstens 31.12.2016 decken zu können, wurde durch eine zielgerichtete Qualifikation in Form einer strukturierten curricularen Fortbildung eine Lösung gefunden.

### „Strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene“

Die aus sechs Modulen bestehende 200-stündige „strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene“ als zielgerichtete Qualifikationsmaßnahme wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer verabschiedet und stellt eine befristete Übergangslösung dar.

Teilnehmer, die das Modul I des Curriculums durchlaufen, erwerben die Qualifikation eines *Hygienebeauftragten Arztes*. Die Teilnehmer, die die Qualifikation *Krankenhaushygieniker* anstreben, absolvieren alle sechs Kursmodule des Curriculums. Die Bescheinigung über die erfolgreich absolvierte „strukturierte curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene“ der Bundesärztekammer, einschließlich der in den ergänzenden Rahmenbedingungen formulierten Anforderungen, erfolgt durch die zuständige Landesärztekammer. Danach ist es dem so qualifizierten Arzt möglich, die in der KRINKO beschriebenen Aufgaben eines *Krankenhaushygienikers* wahrzunehmen.

### Konkrete Fortbildungsangebote

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt kooperieren bei der Umsetzung der „strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene“ der Bundesärztekammer.



Das Modul I wird auf Grund der zu erwartenden höheren Nachfrage nach einer Qualifikation zum Hygienebeauftragten Arzt jeweils von allen vier kooperierenden Landesärztekammern angeboten. In Berlin wird voraussichtlich im August 2013 das Modul I durch das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin veranstaltet.

Von der Sächsischen Landesärztekammer werden die Module II und V, von der Landesärztekammer Thüringen Modul III, von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt Modul IV und von dem Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie e.V. das Modul VI angeboten.

Die Teilnehmerzahlen pro Modul sind begrenzt. Die Anmeldung für die einzelnen Module erfolgt bei derjenigen Landesärztekammer, die das entsprechende Modul organisiert.

Modul II wird erstmals vom 17.06.-20.06.2013 in Dresden, Modul III

vom 27.01.-30.01.2014 in Jena, Modul IV vom 23.06.-26.06.2014 in Magdeburg, Modul V vom 08.09.-12.09.2014 in Dresden sowie Modul VI voraussichtlich im ersten Quartal 2014 in Berlin stattfinden.

Interessenten für das Modul I und VI werden gebeten, sich bei der Ärztekammer Berlin zu melden. Ansprechpartnerin ist Sandra Zippel, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, Telefon 030/40 80 6 1209, s.zippel@aekb.de.

Alle vorstehend genannten Gesetze, die Hygieneverordnung Berlin, die Inhalte der „strukturierten curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene“ der Bundesärztekammer und deren ergänzenden Rahmenbedingungen sowie Informationen zu den Terminen und Ansprechpartnern der kooperierenden Landesärztekammern sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin einsehbar ([www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de)).

*Dr. med. Henning Schaefer*

Leiter Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung

Tief bewegt geben wir bekannt, dass unser Kollege, Freund und Mitstreiter

Dr. med.

## Kilian Tegethoff MHA

Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin  
Vorsitzender des Krankenhausausschusses

am 12.01.2013 im fünfzigsten Lebensjahr verstorben ist.

Er war warmherzig, klug und kämpferisch, hochangesehen, ein  
Hoffnungsträger und Vorbild für viele. Seine Krankheit war stärker.  
Seine ärztlichen und menschlichen Ideale leben weiter.

Unser Mitgefühl gilt seiner Frau und seinen Kindern.

Vorstand und Geschäftsführung  
Ärztekammer Berlin



Die Ärzteinitiative trauert um Dr. Kilian Tegethoff

## Dr. med. Kilian Tegethoff

\* 26.12.1963 † 12.01.2013

Kilian Tegethoff war eine außergewöhnliche und hochgeschätzte Persönlichkeit. Sein Engagement ging weit über die klinische Arbeit als Oberarzt in der Anästhesie hinaus. Als Mitglied der ersten Stunde der Ärzteinitiative der Charité hat sich Kilian seit 2004 in herausragender Weise für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen für Ärzte und nichtärztliche Mitarbeiter eingesetzt. Kilian Tegethoff war als Arzt nicht nur im Personalrat der Charité aktiv, sondern erweiterte schnell auch sein Wirkungsfeld hinein in regionale und überregionale Kreise ärztlicher Interessenvertretung. Er hat in seinen vielen, mehrheitlich ehrenamtlichen Funktionen unzähligen ärztlichen und nichtärztlichen Kolleginnen und Kollegen in schwierigen Lebenslagen entscheidend weitergeholfen und war eine Stütze für diejenigen, die Hilfe suchten. Ihn zeichneten Offenheit, Akzeptanz, Bereitschaft zum Kompromiss und Interesse für die Belange des Anderen in einem Maße aus, das nur als Altruismus bezeichnet werden kann. Dabei war es ihm stets ein besonderes Anliegen, zwischen verschiedenen Interessengruppen zu vermitteln und im direkten Dialog über die Grenzen der Berufsgruppen hinweg einen Ausgleich zu finden. Kilian Tegethoff war geleitet durch ein ärztliches Ethos, das seinesgleichen sucht.

Kilian Tegethoff ist am Samstag, den 12.01.2013 verstorben. Wir werden seine Ideen und Ideale bewahren und weitertragen, weil wir uns kein besseres Vorbild für einen Menschen und Arzt vorstellen können. Wir verlieren mit Kilian einen treuen Mitstreiter und guten Freund und trauern mit seiner Familie.

Olaf Guckelberger, Jan Kunkel, Alexander Korte, Rebekka Kretz, Florian Losch, Andrea Mewes, Henning Meyer, Lars Morawietz, Christiane Nobel, Oliver Peters, Ulrike Pohling, Malte Schröder, Kai Sostmann, Carsten Urbanek, Thomas Zoller für  
Die Ärzteinitiative der Charité

Zu einer Gedenk- und Trauerfeier für Dr. Kilian Tegethoff am 2. März 2013 um 10 Uhr  
laden in das Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin-Mitte ein

Marburger Bund Landesverband Berlin/Brandenburg, Marburger Bund Bundesverband, Ärztekammer Berlin, Ärzteinitiative der Charité

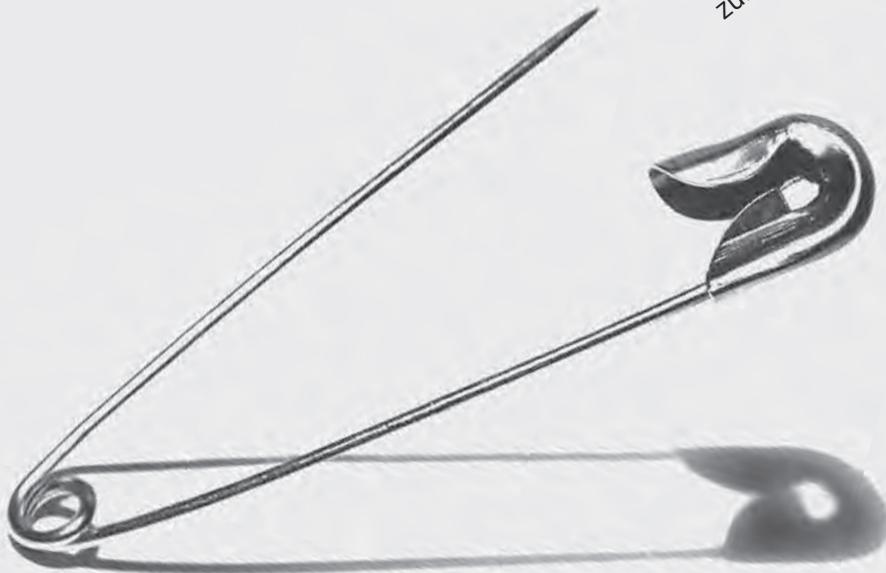


# Wie sicher ist der Sicherstellungsauftrag?

Das System der Kassenärztlichen Vereinigungen soll den Sicherstellungsauftrag behalten. Dafür sprachen sich rund 60.000 niedergelassene Ärzte in den letzten zwei Monaten aus.

4.800 Befragte sähen ihn lieber bei Politik oder Krankenkassen, und ebenso viele wissen mit dem Sicherstellungsauftrag nichts anzufangen.

BERLINER ÄRZTE will mit Ihnen auf Nummer sicher gehen und hat deshalb neun Fragen zum Sicherstellungsauftrag gestellt.



*Von Angela Mißbeck*

## Was steht im Gesetz?

Inhalt und Umfang des Sicherstellungsauftrags legt der Paragraph 75 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) fest. Im ersten Absatz heißt es dort: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in §73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Die Sicherstellung umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“. Der Rettungsdienst ist ausgenommen,

soweit auf Landesebene nichts anderes geregelt ist. Wann die Versorgung als zeitnah gilt, soll laut Gesetz in den Gesamtverträgen geregelt werden. Diese letzte Vorschrift hat erst mit dem Versorgungsstrukturgesetz im Jahr 2012 Einzug ins SGB V gehalten.

Auch Sanktionen sieht das Gesetz vor (§75 Abs. 1): „Kommt die KV ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach §85 oder 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten.“ Das ist – soweit nachvollziehbar – bisher noch nicht geschehen, auch wenn derartige Drohungen im Zusammenhang mit Protestmaßnahmen von Ärzten immer mal wieder auf den Tisch kamen. Die andere Seite des Sicherstellungsauftrags beschreibt Absatz 2. Er

regelt sozusagen das damit verbundene Innenverhältnis zwischen Ärzten und KVen: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, ... zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.“ Die weiteren Regelungen zur Sicherstellung im §75 SGB V betreffen Personenkreise, für die der Sicherstellungsauftrag ebenfalls gilt. Wenig bekannt ist, dass auch die ausreichende Bereitstellung von Plätzen für Vorbereitungszeiten von Ärzten in Ausbildung und für die allgemeinmedizinische Weiterbildung zum Sicherstellungsauftrag gehört (Abb. unten).

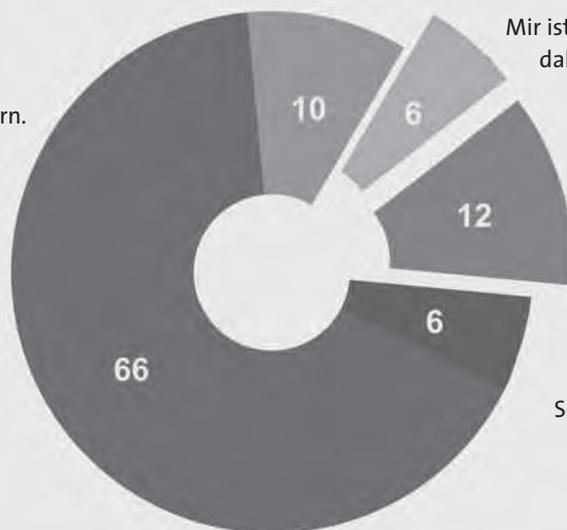
## Unter dem Strich – die Zukunft des Sicherstellungsauftrags?

Ärztliche Selbstverwaltung bewahren, aber auch verbessern

**FRAGE: Alles in allem: Wie ist Ihre Meinung zum Sicherstellungsauftrag der ärztlichen Selbstverwaltung?**

ANGABEN IN PROZENT

Es muss sich etwas verändern. Der Sicherstellungsauftrag kann nur beibehalten werden, wenn die von mir genannten Bedingungen erfüllt werden ■



Es gibt keine Alternative. Der Sicherstellungsauftrag kann unverändert beibehalten werden ■

Mir ist der Sicherstellungsauftrag nicht klar, daher kann ich das gar nicht sagen ■

Ich habe das abgewogen, aber noch keine abschließende Meinung ■

Wir brauchen ein anderes System. Der Sicherstellungsauftrag sollte in Hände außerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung gelegt werden ■

Quelle: infas

## Seit wann gibt es den Sicherstellungsauftrag?

Den Sicherstellungsauftrag in der heutigen Form gibt es seit 1955. Er wurde durch das Gesetz über das Kassenarztrecht in der damaligen Reichsversicherungsordnung verankert. Sie war der Vorgänger des Sozialgesetzbuches.

Die Geschichte des Sicherstellungsauftrages reicht jedoch bis in die 1930er Jahre zurück. Als 1883 die Krankenkassen geschaffen wurden, lag der Versorgungsauftrag bei ihnen. Sie stellten dazu Ärzte an oder nahmen sie zu festgelegten Preisen unter Vertrag. 1913 formierten sich die Ärzte unter Führung des neu gegründeten Hartmannbundes zu einem ersten großen Widerstand gegen das sogenannte „Kassendiktat“. Sie drohten mit Streik im ganzen Reich. Im Ergebnis entstanden paritätisch besetzte Ausschüsse von Ärzten und Kassen und mithin die Grundlagen der kassenärztlichen Selbstverwaltung. 1923 wurde der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen gegründet. „Es setzte sich das Kollektivverhandlungsmodell quasi als Minimallösung staatlicher Intervention durch“, kommentiert der Gesundheitssystemexperte Professor Friedrich Wilhelm Schwartz diese Entwicklung. Die Selbstverwaltung wurde nach und nach mit öffentlich-rechtlichen Funktionen versehen. Nur konsequent sei daher die Schaffung von KVen mit Gesamtvergütungsanspruch und Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung per Notverordnung 1931 gewesen, so Schwartz. Der Gesundheitsweise weiter: „Damit endeten nicht nur der de facto bestehende Sicherstellungsauftrag der Kassen, sondern auch die unmittelbaren Beziehungen der Kassen zu den behandelnden Ärzten“. Die Verkörperschaftlichung der KVen bezeichnete Schwartz bei einer KBV-Debatte über die Sicherstellung im Jahr 2000 dagegen nicht als notwendige, sondern allenfalls als zweckmäßige Nebenbedingung. Ebenso wenig zwingend erschien ihm die Zwangsmitgliedschaft aller nieder-

gelassenen Ärzte. Der Gesundheitsweise Schwartz kam im Jahr 2000 vor dem Hintergrund der damals neuen Integrationsverträge schließlich zu dem Ergebnis, dass der Sicherstellungsauftrag der KVen „kein überholtes Fossil, sondern ein tragendes Element einer staatlich überwachten, bedarfsgerechten, gleichmäßigen, qualitätsvollen Versorgung der Bevölkerung“ sei. „Er kann weder einem einzelnen Arzt, noch einer Arztgruppe noch einer einzelnen Kasse oder Kassengruppe überlassen bleiben, sondern er ist eine fortbestehende Aufgabe von öffentlichem Rang“, so Schwartz.

## Was bedeutet der Sicherstellungsauftrag für das Gesundheitssystem in Deutschland?

Die Sicherstellung ist absolut grundlegend für die ärztliche Behandlung von Patienten mit gesetzlichem Krankenversicherungsschutz. Das drückt sich auch in ihrer Stellung im Sozialgesetzbuch aus: Die Regelungen über die Sicherstellung in §72 SGB V eröffnen den Abschnitt des Gesetzes, der die Beziehungen zu Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten regelt.

Die praktische Bedeutung des Sicherstellungsauftrages ist indes zumindest teilweise umstritten. Die KBV sieht seine Bedeutung vor allem darin, „dass es eine verantwortliche Institution gibt, die letztlich immer dafür zu sorgen hat, dass gesetzlich Krankenversicherten eine ambulant ärztliche Versorgung gewährt wird.“

Tatsächlich ist es der Sicherstellungsauftrag, der KVen und KBV zu dem macht, was sie sind: Organe der ärztlichen Selbstverwaltung mit einem Auftrag zur öffentlichen Daseinsvorsorge. Vielfach wird diese Position der KVen als „janusköpfig“ bezeichnet, denn sie sind nicht nur den Ärzten gegenüber verpflichtet, sondern auch

den gesetzlich versicherten Patienten. So weist das Bundesgesundheitsministerium (BMG) darauf hin, dass es auch zum Sicherstellungsauftrag gehört, dafür zu sorgen, dass die erbrachten ärztlichen Leistungen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen. Daraus ergibt sich nicht nur die Pflicht zur Qualitätssicherung durch die KVen. Auch Disziplinarmaßnahmen der KVen gegenüber ihren Mitgliedern sind damit begründet.

Die KBV leitet aus dem Sicherstellungsauftrag auch einen Auftrag zur Wettbewerbsregulierung ab: „Ohne einen Sicherstellungsauftrag wären Nachfrage und Angebot nach ärztlicher Versorgung dem freien Spiel des Marktes überlassen. Dies könnte zur Folge haben, dass es ein Über- oder Unterangebot an ärztlicher Versorgung gibt. Letzteres hätte verheerende Auswirkungen für die Patienten. Ein Überangebot an ärztlicher Versorgung würde dazu führen, dass ein einzelner Arzt nicht mehr in der Lage wäre, aus seiner ärztlichen Tätigkeit heraus seine Existenz zu sichern“, so die KBV.

## Welche Vorteile hat der Sicherstellungsauftrag?

Als positive Errungenschaften im Zusammenhang mit dem Sicherstellungsauftrag werden oft ins Feld geführt, dass die ärztliche Selbstverwaltung weitgehende Gestaltungsspielräume hat und Krankenkassen sich nicht ins Arzt-Patienten-Verhältnis einmischen. Ärzte müssen nicht direkt mit Krankenkassen Vergütungen aushandeln. Dies erfolgt durch die KVen im Kollektivvertragssystem. Krankenkassen müssen keine Einzelabrechnungen mit Ärzten machen. Historisch betrachtet hat der Sicherstellungsauftrag die Position der Ärzte gegenüber den Krankenkassen gestärkt.

Die KBV weist auf weitere Vorteile hin: „Es gibt keinen vertragslosen Zustand.“ Die Vergütung sei prinzipiell dauerhaft gesichert. Auch die Hoheit der ärztlichen Selbstverwaltung über Regeln für die Versorgung wie medizinische Leitlinien

oder Richtlinien zur Qualitätssicherung ist laut KBV an den Sicherstellungsauftrag geknüpft. Dass sie viele dieser Errungenschaften in Frage gestellt sah, war ein Anlass für die aktuelle Umfrage der KBV.

## Was sind die Nachteile?

Kritiker des KV-Systems führen immer wieder ins Feld, dass die Ärzteschaft für den Sicherstellungsauftrag ihr Streikrecht aufgegeben hat. Zum Beispiel Dr. Wolfgang Hoppenhaller, der als ehemaliger Chef des Hausärzterverbands in Bayern hartnäckig versucht hat, den kollektiven Systemausstieg der bayrischen Hausärzte zu organisieren: „Der Sicherstellungsauftrag sollte einmal die niedergelassene Ärzteschaft von der Diktatur der Kassen befreien. Das war damals – in den Dreißigerjahren des vorigen Jahrhunderts – sicher eine Errungenschaft für die Ärzteschaft. Zwischenzeitlich hat sich sehr viel verändert“, gibt Hoppenhaller auf Nachfrage von BERLINER ÄRZTE zu bedenken. Das vielleicht einmal ausgewogene Kräfteverhältnis habe sich längst zu Lasten der Vertragsärzteschaft verändert. „In den 30 Jahren meiner standespolitischen Tätigkeit habe ich Vertragsverhandlungen fast ausschließlich als Diktat der Kassen erlebt“, so Hoppenhaller weiter. Sein Votum: „Der Sicherstellungsauftrag sollte bei der Vertragsärzteschaft bleiben – allerdings mit der Maßgabe, dass die Vertragsärzteschaft das Streikrecht wieder erhält“.

Von dem sogenannten „Kassendiktat“ sollte der Sicherstellungsauftrag die Ärzte einst befreien. Doch historisch betrachtet haben die Ärzte mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrags in die Selbstverwaltung nicht nur auf das Streikrecht verzichtet, sondern sich auch bereit erklärt, (ohnehin drohende) Einkommensverluste hinzunehmen, wenn sie dafür die Verteilung der Honorare selbst regeln können. Ein entsprechender Beschluss des Hartmannbundes mit Rückendeckung des Ärztetags habe die Grundlage für die Schaffung der KVen per Notverordnung im Jahr 1931 geschaffen, so die Historikerin Ellen Harnisch.

Die KBV wertet als weiteren Nachteil, dass die Ärzte (und Psychotherapeuten) jeden Patienten behandeln müssen.

## Warum stand der Sicherstellungsauftrag jetzt zur Diskussion?

Immer härtere Bandagen wurden bei den Verhandlungen um die Vergütung der niedergelassenen Ärzte Mitte letzten Jahres angelegt. Die Vorstellungen von Kassen und KBV lagen meilenweit auseinander. Die Verhandlungsatmosphäre war vergiftet. Die Ärzte sahen sich Anfeindungen und Diffamierungen der Kassen ausgesetzt.

Mit der „Freiheit auf einem Gefängnis-hof“ verglich der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, den Sicherstellungsauftrag bei einer Sondervertreterversammlung im September 2012. Der Sicherstellungsauftrag sei „von einer Schutzmauer für Ärzte und Patienten in diesem Land zu einer Gefängnismauer für die Ärzte geworden.“ Der historische Kompromiss trage nicht mehr. „Denn es ist nicht mehr der Sicherstellungsauftrag, wie er vor einem Menschenalter in einem historischen Konsens vereinbart wurde und jahrzehntelang funktioniert hat. Es sind die Trümmer desselben, seine Karikatur, um nicht zu sagen: seine Fratze“, so Köhler. Schließlich beschloss die KBV-Vertreterversammlung einen Sieben-Punkte-Forderungskatalog und eine Art „Urabstimmung“: Die niedergelassenen Ärzte sollten bei einer Befragung selbst entscheiden, ob sie die KVen mit Sicherstellungsauftrag weiterhin behalten wollen oder einen Systemwechsel im Gesundheitswesen bevorzugen. „Wir glauben, dass wir hier und jetzt an einem Scheideweg stehen. Und die Entscheidung, welche Richtung wir einschlagen, ist so wichtig, dass Sie und wir sie nicht alleine treffen können“, so KBV-Chef Köhler zur Begründung der Pläne für die



Dr. Andreas Köhler

Umfrage. Die Umfrage startete Mitte November. Die Ärzte standen vor der Wahl, ob sie den Sicherstellungsauftrag an Kassen oder Staat abgeben wollen, ob sie ihn unter jetzigen Bedingungen als alternativlos betrachten oder ihn unter veränderten Bedingungen beibehalten wollen.

Das war übrigens nicht das erste Mal, dass KV-Funktionäre selbst den Sinn und Zweck des Sicherstellungsauftrags in Frage stellen. Auch im Jahr 2000 sah die KBV, damals unter dem Vorsitz des Berliner Urologen Dr. Manfred Richter-Reichhelm, die „Sicherstellung auf dem Prüfstand“ – so der Titel eines gleichnamigen Symposiums. Anlass war damals die jüngste Gesundheitsreform.

Ein Novum in der Geschichte ist aber nun die Befragung der Basis. Mit einer Beteiligung von 53 Prozent kann sie als gelungen gewertet werden. Das Meinungsforschungsinstitut infas, das die Befragung im Auftrag der KBV durchführte, bewertete die Beteiligung als extrem hoch. Für eine Urabstimmung im gewerkschaftlichen Sinne ist sie jedoch eher gering.

Näheres zur Befragung ist im Berliner KV-Blatt 2/2013 zu lesen.



Dr. Wolfgang Hoppenthaller

## Behält das KV-System den Sicherstellungsauftrag?

Ja. Rund drei Viertel der Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben, sprachen sich dafür aus, den Sicherstellungsauftrag beizubehalten. Allerdings forderten 66 Prozent bessere Bedingungen. Die KBV hatte hier die sechs Punkte ihres Forderungskatalogs abgefragt. Feste, kostendeckende Preise hielten 94 Prozent für sehr wichtig. Selbstbestimmung über Form und Inhalt der ärztlichen Fortbildung forderten 93 Prozent. 91 Prozent vertraten die Auffassung, die Mengensteuerung dürfe nicht zur Absenkung der Einzelleistungen führen. Die Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit wurde von 85 Prozent als notwendige Bedingung für die Weiterführung des Sicherstellungsauftrags durch die KVen gesehen. Weitere Bedingungen: Die ambulante Behandlung sei Sache der Vertragsärzte und nicht der Krankenhäuser sagten 83 Prozent. Bei Verordnungen solle es künftig keine Regresse mehr geben, forderten 71 Prozent der Befragten. Für eine Auslagerung des Sicherstellungsauftrags aus der ärztlichen Selbstverwaltung, beispielsweise in die

Verantwortung des Staates oder der Krankenkassen, plädieren nur sechs Prozent der Befragten. Allerdings haben sich zwölf Prozent auch nach Abwägung des Für und Wider keine Meinung gebildet. Weiteren sechs Prozent ist der Sicherstellungsauftrag unklar. Es ist anzunehmen, dass der Anteil dieser Gruppen unter den Ärzten, die nicht an der Umfrage teilgenommen haben, deutlich höher liegt. Die Ergebnisse zeigten nach infas-Angaben kaum Schwankungen nach Fachgruppen oder Regionen. Das mag überraschen, da zuletzt vor allem im Süden Deutschlands von Ärzten, die dem KV-System kritisch gegenüberstehen der Systemausstieg in der Diskussion war.

An eine Verbesserung der Bedingungen glaubt der Systemkritiker Hoppenthaller nicht. „In nicht allzu ferner Zeit werden sich die Verantwortlichen in der Körperschaft die Frage stellen müssen, welche Kompromisse sie der Vertragsärzteschaft und auch der Bevölkerung noch zumuten wollen, um den Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können“, so seine Prognose. In vielen Regionen Deutschlands würden die Hausärzte ausgehen, weil viele junge Kolleginnen und Kollegen offensichtlich nicht mehr bereit seien, unter dem Kassendiktat zu arbeiten, so Hoppenthaller.

## Was wäre passiert, wenn die Ärzte den Sicherstellungsauftrag abgelehnt hätten?

Die KBV hatte angekündigt, dass sie ein solches Umfrageergebnis als Mandat gewertet hätte, den Gesetzgeber darum zu bitten, dass er den Sicherstellungsauftrag zurücknimmt. „Wir können den nicht einfach zurückgeben“, so Köhler in einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt. Fraglich wäre gewesen, ob in diesem Fall die Gesetzesregelung gegriffen hätte, die für den Fall vorgesehen ist, dass die KVen die Sicherstellung nicht mehr

gewährleisten. Der Sicherstellungsauftrag geht dann automatisch auf die Krankenkassen und ihre Verbände über. Als Voraussetzungen dafür legt das Gesetz aber fest, dass mehr als die Hälfte der Ärzte in einer Region auf ihre Kassenzulassung verzichten oder die vertragsärztliche Verhandlung verweigern und die Aufsichtsbehörde festgestellt hat, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist (§72a SGB V).

Ob die Umfrage der KBV wirklich ergebnisoffen war, ist umstritten. Der Deutsche Hausärzteverband hat sie bereits beim Start als „Farce“ bezeichnet und den Vorwurf geäußert, dass sie so gestaltet sei, dass das Ergebnis vorhersehbar sei. Auch Hoppenthaller, der den bayrischen Hausärzteverband Anfang 2012 verlassen hat, wirft der KBV vor, sie habe einen Fragebogen verschickt, dessen Antworten vorzusehen waren.

## Wo endet der Sicherstellungsauftrag?

Die Grenzen des Sicherstellungsauftrags sind schwer umkämpftes Gebiet, das laufenden Änderungen unterworfen ist. Tatsächlich gab es bereits 1961 Ärzteproteste gegen vermeintliche Versuche den Sicherstellungsauftrag wieder aufzuweichen, wie Ellen Harnisch im KV-Blatt extra 5/2002 berichtet.

Der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung vermachte KVen und KBV einen Sonderstatus unter den Selbstverwaltungsorganen. Daraus haben sie lange Zeit einen Alleinvertretungsanspruch in Vertragsangelegenheiten abgeleitet. Der Sicherstellungsauftrag ist daher eng mit dem Kollektivvertragssystem verbunden. Zahlreiche Gesetzesneuerungen der letzten Jahre zeigen jedoch, dass der Sicherstellungsauftrag nicht unteilbar und ausschließlich Sache des KV-Systems sein muss. Im Rahmen von Selektivverträgen und neuen Versorgungsformen geht er zum Teil auf die Vertragspartner über. Bei der neuen spezialärztlichen Versorgung liegt die Aufgabe der Sicherstellung beim Landesausschuss

**Die Historie des Sicherstellungsauftrags:**

- 1883: Schaffung der Krankenkassen.
- 1913: Unter Führung des Hartmann-bundes formiert sich Widerstand gegen das „Kassendiktat“. Paritätisch besetzte Ausschüsse von Ärzten und Kassen entstehen.
- 1923: Gründung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen.
- 1931: Per Notverordnung werden die KVen eingeführt.
- 1955: Der Sicherstellungsauftrag in der heutigen Form entsteht.

inklusive der Krankenhausgesellschaft. In diesem Zusammenhang ist oft von einer „Aushöhlung“ des Sicherstellungsauftrags die Rede. Die Auseinandersetzungen um die Grenzen des Sicherstellungsauftrags werden nicht selten vor Gericht ausgetragen. Gelegentlich führen solche Prozesse zu Neujustierungen im Grenzgebiet. So hat zum Beispiel die KV Berlin in Reaktion auf

den Abschluss eines Hausarztvertrages zwischen dem Hausärzteverband BDA und der AOK Berlin 2008 die Auffassung vertreten, sie sei nicht mehr für die Notversorgung der Vertragspatienten zuständig. Daraufhin erhob sie von ihnen eine Gebühr von 8,50 Euro. Das Berliner Sozialgericht untersagte dieses Vorgehen in einem Eilverfahren. Die KV vertrat jedoch auch in Reaktion auf das Urteil noch die Auffassung, dass nicht entschieden sei, wer den Bereitschaftsdienst sicherstellen müsse, wenn Verträge ohne KVen geschlossen würden. Mit dem GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz von Ende 2008 wurde schließlich klargestellt, dass der Sicherstellungsauftrag der KVen bei der Hausarztzentrierten Versorgung eingeschränkt ist (§73b SGB V). Das gilt auch für Verträge der Integrierten Versorgung nach §140a SGB V. Umgekehrt kommt es auch vor, dass

KVen aus dem Sicherstellungsauftrag zu weitgehende Rechte ableiten. Erst kürzlich hat das Bundessozialgericht den KVen bescheinigt, dass sie keine Klagebefugnis mit Blick auf die ambulante Öffnung der Krankenhäuser nach §116b SGB V haben. Die KV Berlin hat in Reaktion auf dieses BSG-Urteil eine Berufungsklage gegen Bestimmungsbescheide des Landes zurückgezogen, bei der sie ihre Klagebefugnis damit begründet hatte, dass ihr Sicherstellungsauftrag tangiert sei. Fazit: Der Sicherstellungsauftrag war ursprünglich klar formuliert und stellte eine Errungenschaft dar. Inzwischen ist er aber so aufgeweicht und in seiner Bedeutung degradiert, dass die Drohung, aus ihm auszusteigen, nachvollziehbar ist.

*Verfasserin:*

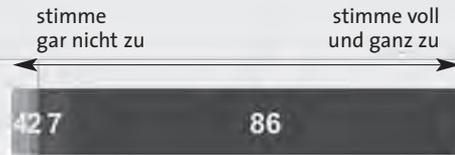
Angela Mißbeck  
 Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

## Voraussetzungen zur Beibehaltung des Sicherstellungsauftrages?

Vor allem eine sichere Honorarstruktur, aber auch geteilte Meinungen

Angaben in Prozent,  
 an 100%-Fehlende: kann ich nicht sagen

Feste und kostendeckende Preise für ärztliche Leistungen sind eine wichtige Voraussetzung für das Fortbestehen des gegenwärtigen Versorgungssystems.



Es muss der ärztlichen Selbstverwaltung und nicht den Krankenkassen überlassen bleiben, Form und Inhalt der ärztlichen Fortbildung festzulegen.



Eine Mengensteuerung ärztlicher Leistungen darf nicht zu einer Absenkung der Einzelvergütungen führen.



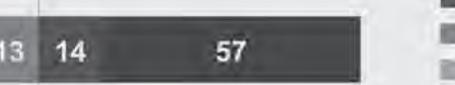
Die diagnostische und therapeutische Freiheit bei kassenärztlichen Leistungen sollte allein in der Verantwortung der ärztlichen Selbstverwaltung liegen.



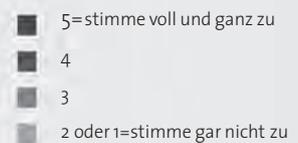
Ambulante Leistungen sollten so weit wie möglich von Vertragsärzten und Psychotherapeuten und nicht von stationären Systemen erbracht werden.



Regressive für einzelne Ärzte bei Verschreibungen von Medikamenten oder Heilmitteln sollten ausgeschlossen sein.



Frage: Zur Beibehaltung des Sicherstellungsauftrags und den dafür erforderlichen Rahmenbedingungen hat die KBV-Vertreterversammlung folgende Kernpunkte formuliert. Dazu interessiert uns auch Ihre Einschätzung



Quelle: infas

# Berlin feiert 50 Jahre ärztlichen Verstand

Am 7. Februar 1963 trafen sich Berliner Ärztinnen und Ärzte zur allerersten, konstituierenden Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Diese Sitzung gilt als die Geburtsstunde der Berliner Kammer. Exakt 50 Jahre später, am 7. Februar 2013, trafen sich alle, die im Berliner Gesundheitswesen und darüber hinaus Rang und Namen haben. Die Ärztekammer hatte zur 50-Jahr-Feier in den Glashof des Jüdischen Museums geladen.



Festliche Stimmung im Glashof des Jüdischen Museums.



Kammerpräsident Jonitz: „Wir vertreten den ärztlichen Verstand.“

Die Nähe zum Jüdischen Museum ist nicht nur räumlicher Art. Das erläuterte Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz unter Verweis auf die Forschungen

der Ärztekammer Berlin über das Schicksal jüdischer Ärzte in der NS-Zeit. In seiner Eröffnungsrede begrüßte er zahlreiche Vertreter aus der Bundes- und Landesgesundheitspolitik, aus anderen Heilberufen, aus Verbänden und Organisationen der Selbstverwaltung sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kammer. Vor den rund 250 Gästen verwies Jonitz auf einige Meilensteine, die die Kammer in ihrer Geschichte gesetzt hat. Der von der Kammer 1995 mit initiierte Berliner Gesundheitspreis sei

„nach wie vor der Innovationspreis schlechthin“. Die Kammer habe das Thema „Ärztliche Führung“ mit so großem Erfolg auf den Weg gebracht, dass die Kurse ausgebucht seien, bevor sie angekündigt werden. Auch die Politikberatung betrachtet Jonitz als Aufgabe der Kammer. „Auf der Landesebene klappt das mittlerweile sehr gut“, so seine Einschätzung. Der Kammerpräsident schloss mit einem humorvollen Appell an die Politik. „Wir sind Standesvertreter, aber fürchten Sie sich nicht: Der Stand, den wir vertreten, ist der ärztliche Verstand, und der ist in der Gesundheitspolitik gelegentlich hilfreich.“ Die Worte waren nicht nur an den Regierenden Bürgermeister von Berlin Klaus Wowereit (SPD) gerichtet, sondern auch an Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU).

## Wowereit: Die Kammer ist streitbar

„Die Ärztekammer ist streitbar“, waren denn auch die ersten Worte Wowereits über die Jubilarin, nachdem er seine



Wowereit: „Ausgezeichnete Versorgungssituation in Berlin.“

Glückwünsche überbracht hatte. Sie sei eine Interessenvertretung, aber leiste mit fast 29.000 Ärztinnen und Ärzten Großes für die Versorgung in Berlin. Wowereit ließ in seiner Rede aktuelle gesundheitspolitische Debatten nicht aus, positionierte sich unter anderem zur Diskussion um Kürzungen des Steuerzuschusses für den Gesundheitsfonds. „Die Kosten im Gesundheitswesen sind zur Zeit angeblich entspannt“, sagte er. „Ich glaube, das korrespondiert nicht ganz mit dem Empfinden der

Menschen, die den Eindruck haben, dass Leistungen zurückgenommen werden“, so Wowereit weiter. Mit Blick auf das Berliner Gesundheitswesen, lobte der Regierende Bürgermeister die ausgezeichnete Versorgungssituation. „Wir können stolz und zufrieden sein, dass wir so eine Dichte an hervorragender Versorgung haben“, sagte er. Nötig seien aber Rahmenbedingungen, die auch Leistungen belohnen, die weniger mit Technik und mehr mit Humanität zu tun hätten. „Auch ein Hausbesuch sollte heute nicht die Ausnahme sein“, sagte Wowereit. Bei allen Problemen im einen oder anderen Fall, sei Berlin aber gut aufgestellt. Er verwies auf den Ärztemangel im Nachbarland Brandenburg. „Wenn Herr Czaja mit der Ärztekammer diskutiert, wie die Arztpraxen regional verteilt werden, ist das ein anderes Problem als wir es in der Fläche haben.“ Mit Blick auf das prognostizierte Bevölkerungswachstum für Berlin in den nächsten zehn Jahren forderte der Regierungschef: „Dieser Wandel muss gestaltet werden. Dazu ist auch der Beitrag der Ärztekammer nötig.“



*Senator Czaja würdigte die Zusammenarbeit mit der Kammer.*

### **Czaja: Die Kammer ist sich ihrer Verantwortung für die Gesellschaft bewusst**

Sehr viel konkreter wurde Gesundheits-senator Czaja. Er zeigte sich „dankbar und froh“, dass die Ärztekammer Berlin sich in die Diskussion um Chefarzt-

verträge und auch in die Diskussion um die Bestechlichkeit niedergelassener Ärzte eingeschaltet habe. Er verwies auf Pionierleistungen der Kammer, wie zum Beispiel das Interventionsprojekt Häusliche Gewalt vor zehn Jahren, „als das noch Tabuthema war“.

Rückblickend auf die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer in seinem ersten Amtsjahr als Senator hob er hervor, dass die Kammer „wichtige Impulse für die Ausrichtung der Präventionsstrategien in der Landesgesundheitskonferenz“ gesetzt habe. Für die Zukunft äußerte er die Hoffnung, dass es mit Hilfe der Kammer im neu geschaffenen Landesgremium gelingen möge, „Disparitäten in der Verteilung“ der ärztlichen Versorgung in der Stadt zu beseitigen. Czaja würdigte die Ärztekammer Berlin abschließend als „eine Selbstverwaltung, die sich der Verantwortung für ihre Mitglieder, aber auch für die Gesellschaft bewusst ist“.

*Geselliger Ausklang der Feier.*



## Richter-Reichhelm: Die Kammer muss die Berufsfreiheit der Ärzte wahren

Die Rolle der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen war auch das Thema der beiden Festredner. Dr. Manfred Richter-Reichhelm, ehemaliger Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erläuterte die Grundlagen der Selbstverwaltung aus rechtlicher und historischer Perspektive. Großen Beifall erhielt er für seine Standortbestimmung. Es sei Aufgabe der Selbstverwaltung, den Spagat zwischen ökonomischen Zwängen auf der Makroebene und dem ärztlichen krankenbezogenen Wollen auf der Mikroebene zu meistern. Kammern und KVen müssten bei der Abwägung zwischen medizinischen und finanziellen Aspekten dafür eintreten, dass neben sinnvollen Reformansätzen die ordnungsgemäße Krankenversorgung erhalten und gefördert wird, die dem Stand der wissenschaftlichen Medizin entspricht und nicht durch Budgets und Rationierung beeinträchtigt wird. „Die Berufsfreiheit des Arztes und das persönliche Ver-



Richter-Reichhelm: Vertrauensverhältnis zum Patienten nicht gefährden.

trauensverhältnis zum Patienten dürfen nicht gefährdet werden und müssen gewahrt bleiben“, sagte Richter-Reichhelm.

## Mau: Die Kammer muss Ärzte bei der Einhaltung der Berufsordnung unterstützen

Wie das konkret aussehen kann, zeigte Professor Harald Mau, langjähriges Mitglied der Delegiertenversammlung und auch des Vorstands der Ärzte-

kammer Berlin. Er schaltete sich in die aktuelle Debatte um mengenabhängige Bonuszahlungen an Chefärzte ein. Mau verwies darauf, dass es dem Arzt laut Berufsordnung verboten sei, hinsichtlich ärztlicher Entscheidungen Weisungen von Nichtärzten entgegenzunehmen. „Wenn der ökonomische Direktor bei der Herbstkonferenz der Chefs mitteilt, dass noch 20 Total-Endoprothesen zur Erfüllung der finanziellen Vorgaben ausstehen und dass das Personalbudget der Klinik natürlich auch davon abhängig sei,



Mau: Chefärzte müssen auch widersprechen.

*Große Runde: Die Mitglieder des Kammervorstandes (Stephan Bernhardt, Werner Wyrwich, Regine Held, Günther Jonitz, Christian Handrock, Sigrid Kemmerling, Elmar Wille, Harald Mau, Rudolf Fitzner v.l.) und Geschäftsführer Michael Hahn (re.) mit dem Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit (4.v.l.) und Gesundheitssenator Mario Czaja (4.v.r.).*



darf und muss hier widersprochen werden. Hier muss der Arzt, auch der meistens gescholtene Chefarzt erkennen, dass dieses ein Anschlag auf seine ärztliche Moral ist. Der wird durch eine Bonuszahlung nicht weniger perfide“, so Mau unter großem Beifall des Auditoriums.

**Wille: Die Kammer hat zum Zusammenwachsen von Ost und West viel geleistet**



Wille: Spannende Wendezeit.



Das Trio Laccasax begeisterte das Publikum.

Die Feier bot damit Gelegenheit zu einer Standortbestimmung, zugleich aber auch zum Rückblick. Mau, der den Arztberuf bis zur Wende in der DDR ausgeübt hatte, und Kammervize Dr. Elmar Wille waren sich einig: Die spannendste Zeit im 50-jährigen Bestehen der Ärztekammer Berlin waren die Wendejahre 1989/1990. „Es war ungemein lehrreich für beide Seiten“, so Wille in der Schlussrede. Darin fand er viel Zustimmung.

Auch die Gespräche am Rande der Veranstaltung kreisten um dieses Thema.

Die angeregte Stimmung im Saal war jedoch nicht nur den Rednern zu verdanken. Mit Kontrabass, Akkordeon und Saxofon oder Klarinette bot auch das internationale Trio Laccasax Anregendes und Überraschendes für die Ohren. Auch die beste Medizin fehlte nicht: Sylvie Krause-Grégoire als Clownin Beta Caténine und Moritz Berg als Clown Tonton Schnepel brachten die Gäste ausgiebig mit ihren aberwitzigen Darbietungen zum Lachen. So konnten die Gäste einen inhaltsreichen und unterhaltsamen Tag gemeinsam in der angenehmen Atmosphäre des Glashofes ausklingen lassen.

Lachen als Medizin: Die Clowns Sylvie Krause-Grégoire und Moritz Berg.



Die Redaktion

ANZEIGE

für das 2. Halbjahr 2012

## Beim bisher größten lebensmittelbedingten Ausbruch in Deutschland auch Berlin betroffen

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

Tabelle 1 - Gemäß IfSG meldepflichtige Erreger / Krankheiten

Stand: 23.01.2013	2. Halbjahr 2012				2. Halbjahr 2011		
	Berlin			Deutschland	Berlin		
Meldekategorie	Rang	Anzahl	Inzidenz**	Inzidenz**	Rang	Anzahl	Inzidenz**
Norovirus *	1	6.431	186,8		1	3.935	114,8
<i>klinisch-labor-diagnostische Fälle</i>		1.412	41,0	44,2		1.597	46,6
<i>klinisch-epidemiologische Fälle ohne Labornachweis</i>		5.019	145,8			2.338	68,2
Campylobacter	2	1.873	54,4	45,3	2	1.884	55,0
Salmonellose	3	432	12,6	14,6	3	567	16,5
E. coli-Enteritis (nicht EHEC)	4	294	8,5	5,4	5	305	8,9
Hepatitis C	5	270	7,8	2,9	4	307	9,0
Rotavirus	6	261	7,6	9,7	7	192	5,6
Giardiasis	7	186	5,4	2,8	6	201	5,9
MRSA	8	151	4,4	2,7	9	162	4,7
Tuberkulose	9	148	4,3	2,5	8	189	5,5
Kryptosporidiose	10	75	2,2	1,2	10	65	1,9

\* bei Noroviren werden bundesweit seit Anfang 2011 ausschließlich laborbestätigte Fälle übermittelt; im Land Berlin werden zusätzlich auch im Rahmen von Ausbruchsgeschehen klinisch-epidemiologische Fälle übermittelt; seit August 2011 sind außerdem nosokomiale Ausbrüche nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bundesweit meldepflichtig

\*\* Inzidenz = Fallzahl pro 100.000 Einwohner; folgende Einwohnerzahlen bilden die Berechnungsgrundlage der Inzidenzen: Berlin, 2012 - 3.442.001 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 30.06.2012); Berlin, 2011 - 3.427.114 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 31.12.2011); Deutschland, 2012 - 81.751.602 (Statistisches Bundesamt; Stand 31.12.2010)

Im Land Berlin wurden im zweiten Halbjahr 2012 gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) insgesamt 10.576 Erkrankungsfälle gemeldet, 8.276 im Vergleichszeitraum 2011. In Tabelle 1 werden die zehn häufigsten Infektionserreger aufgeführt, von denen sieben

Erreger gastrointestinale Erkrankungen verursachen. Die Halbjahresinzidenzen lagen bei **Noroviren** (bundesweite Vergleichsdaten liegen nur für klinisch-laborbestätigte Fälle vor), **Salmonellen** und **Rotaviren** in Berlin niedriger, bei **Campylobacteriosen**, **E. coli-Ente-**

**ritiden**, **Hepatitis C**, **Giardiasis**, **MRSA**, **Tuberkulose** und **Kryptosporidiose** höher als die im bundesweiten Durchschnitt (Tabelle 1).

Fallzahl und Inzidenz der **Hepatitis C** waren im 2. Halbjahr 2012 um 12% niedriger als im 2. Halbjahr des Vorjahres. Die Inzidenz lag in Berlin jedoch weiterhin deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet.

Die **Tuberkulosefallzahl** war im Vergleich zum 2. Halbjahr 2011 um etwa 20% niedriger. Die Inzidenz lag in Berlin aber weiterhin deutlich über dem bundesweiten Wert. Im Vergleich zu anderen deutschen Großstädten lagen die Inzidenzen für Tuberkulose in Frankfurt a. M. höher, in Hamburg auf gleichem Niveau und in München niedriger als in Berlin.

### Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin

- I) Wie auch im übrigen Bundesgebiet war Zahl der **Adenovirusinfektionen** im 2. Halbjahr 2012 vergleichsweise hoch (43 im Vergleich zu 6 Fällen im 2. Halbjahr 2011). Die Inzidenz wich jedoch nicht von derjenigen im übrigen Bundesgebiet ab. Meldepflichtig gemäß IfSG sind Erregernachweise im Konjunktivalabstrich.
- II) Die sehr große Zahl klinisch-epidemiologischer **Norovirusfälle** im Berichtszeitraum ergibt sich durch das große Ausbruchsgeschehen, an dem mehrere ostdeutsche Bundesländer beteiligt waren. Von diesem bisher größten, in Deutschland berichteten lebensmittelassoziierten Ausbruch waren insgesamt fast 11.000 Patienten in fünf Bundesländern betroffen. Die Infektion wurde ausgehend von tiefgekühlten Erdbeeren übertragen, die über

Tabelle 2 – Nosokomiale Ausbrüche		Berlin – 2. Halbjahr 2012	
Stand: 23.01.2013			
Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahlen pro Ausbruch	Gesamtfallzahl aller Ausbrüche
Acinetobacter baumannii	1	4	4
Acinetobacter baumannii, Carbapenem-resistent	1	4	4
Acinetobacter baumannii, multiresistent	1	5	5
Clostridium difficile	5	2 - 3	14
Enterococcus faecalis, Gentamycin-resistent	1	2	2
Klebsiella pneumoniae	1	3	3
Klebsiella pneumoniae mit ESBL-Eigenschaften	4	2 - 6	16
Klebsiella pneumoniae, Carbapenem-resistent	2	2 - 5	7
MRSA	4	2 - 8	15
Norovirus (Altenpflegeheim, Rehabilitation)	5	3 - 67	154
Norovirus (Krankenhaus)	53	2 - 48	571
Pseudomonas aeruginosa	4	3 - 15	28
Rotavirus	1	4	4
Serratia marcescens	2	6 - 26	32
Staphylococcus haemolyticus, multiresistent	1	2	2
Streptococcus pyogenes	1	2	2
<b>Gesamtsumme / -spanne</b>	<b>87</b>	<b>2 - 67</b>	<b>863</b>

Kantinenverpflegung in Umlauf gekommen waren. In Berlin traten in 92 Einrichtungen, ganz überwiegend Schulen und Kitas, insgesamt knapp 2.700 Erkrankungsfälle auf. Ein Labornachweis für Norovirus konnte in 40 Fällen erbracht werden.

### Nosokomiale Ausbrüche gemäß §§ 6,11 IfSG

Die Übermittlungspflicht für nosokomiale Ausbrüche wurde im August 2011 im IfSG gesetzlich verankert. Die Mel-

dung erfolgt gemäß IfSG von der betroffenen Einrichtung ohne Angabe von Patientennamen an das für die Einrichtung zuständige Gesundheitsamt.

Im zweiten Halbjahr 2012 wurden in Berlin 87 nosokomiale Ausbrüche gemeldet. Am häufigsten war **Norovirus** (58). Weitere Erreger waren insbesondere **Klebsiella pneumoniae**, **Clostridium difficile**, **Pseudomonas aeruginosa**, **MRSA** und **Acinetobacter baumannii**, darunter auch Erreger mit bestimmten Resistenzen wie **K. pneumoniae mit ESBL-Eigenschaften** (Tabelle 2).

Ein größerer, öffentlichkeitswirksamer Ausbruch mit 26 Fällen durch **Serratia marcescens** betraf Frühgeborene.

Die regelmäßig erscheinenden, aktuellen **infektionsepidemiologischen Wochenberichte *Epilnfo*** des LAGeSo können über den Praxisservice von der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB) über folgenden Link abgerufen werden:

[http://www.kvberlin.de/20praxis/80service/87lageso\\_infos/index.html](http://www.kvberlin.de/20praxis/80service/87lageso_infos/index.html)

In Kürze wird der Epidemiologische Jahresbericht 2011 erscheinen, der über die Homepage des LAGeSo zur Verfügung stehen wird:

<http://www.berlin.de/lageso/gesundheit/infektionsschutz/index.html>

Ansprechpartner:

Dr. med. Jörg Bätzing-Feigenbaum  
 MPH DTM&P  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Rettungsmedizin, Infektiologie,  
 Tropenmedizin  
 Landesamt für Gesundheit und Soziales  
 Berlin (LAGeSo)  
 Fachgruppe Infektionsepidemiologie und  
 Umweltbezogener Gesundheitsschutz  
 Turmstr. 21 / Haus A  
 10559 Berlin  
 Tel. 030-90229-2434  
 E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

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>■ 15.03.-16.03.2013 (Teil B)</li> <li>19.04.-20.04.2013 (Teil C)</li> <li>31.05.-01.06.2013 (Teil D)</li> </ul>	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in 4 Modulen	DRK-Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 40806- 1301/ -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 160 € / Kursteil	12 P pro Kursteil
■ 08.03.2013	<b>Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung</b> bei Untersuchungen gemäß FeV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 16.03.2013 und 20.03.2013	<b>Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt</b> (weitere Informationen s. S. 10)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	S.I.G.N.A.L. e.V. E-Mail: wieners@signal-intervention.de; Fax: 030 / 275 95 366	8 P (16.03) 3 P ( 20.03)
■ 08.04.-10.04.2013	<b>Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge G 20 „Lärm“</b> Physiologie und Pathologie des Hörens, audiometrische Übungen und Fallbesprechungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 13.04.2013	<b>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 25.04.-27.04.2013 / 06.06.-08.06.2013/ 19.09.-21.09.2013/ 13.12.2013	<b>Ärztliche Führung -</b> ein praxisorientiertes Intensivprogramm	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung2013@aekb.de	80 P
■ 10.06.-12.06.2013	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 12.06.-14.06.2013	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 €	20 P
■ 16.08.-17.08.2013	<b>Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen</b> <b>Breaking Bad News – Basiskurs</b> (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail.: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P

## Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

**Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr**  
14.03.2013, 11.04.2013 und 25.04.2013

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Gesamtgebühr:** 550,- Euro, 9 Fortbildungspunkte  
**Information und Anmeldung:** Telefon: 030 40806-1203; E-Mail: a.hellert@aekb.de

## 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 Herbst 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp 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: 09.09. – 14.09.2013 / Woche 2: 21.10. – 26.10.2013 / Woche 3: 09.12. – 14.12.2013 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Weitere Informationen:** Tel.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2013@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 Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 08.03.2013 stattfindet.

**Termin:** Freitag, 08.03.2013, 14.00 - 21.00 Uhr  
Samstag, 09.03.2013, 8.30 - 17.30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Teilnahmegebühr:** 250 Euro

Hinweis: Kombipreis für „Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 Euro

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030 / 40806 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

## Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Eine „vor Ort“-Einführung in die Arbeitsweise des Berliner  
Notdienstes Kinderschutz

Nach Experteneinschätzung dürfte der Berliner Notdienst Kinderschutz vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht.

Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt und vertraut zu machen. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

**Referent/-innen:** Beate Köhn, Dipl.-Sozialpädagogin; Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

**Datum und Uhrzeit:** Mittwoch, 24. April 2013; 15:00 - 16:30 Uhr

**Ort:** Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

**Anmeldung / Kontakt:** Die Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist kostenlos. Zur Wahrung des interaktiven Charakters ist die Teilnehmerzahl auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten in der Ärztekammer Berlin: Telefon: 030 / 40 80 6-12 07 oder E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

## „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab März 2013 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ 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: 22. - 23.03.2013 / Modul II: 19. - 20.04.2013  
Modul III: 03. - 04.05.2013

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

**Ort:** Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin  
**Teilnahmegebühr** für die Module I-III: 400 Euro / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

**Informationen und Anmeldung:** Tel.: 030 / 408 06-1203, E-Mail: begutachtung@aekb.de

# Charité-Seminar immunisierte Ärztenachwuchs gegen Pharma-PR

Seit langem bemüht sich die Ärztekammer Berlin, die Sinne ihrer Mitglieder für sauberes Wissen zu schärfen und solches Wissen zu vermitteln. Keine leichte Aufgabe, weil die Ärzte ja schon während ihres Studiums von der Industrie „angefüttert“ wurden und in keiner Lehrveranstaltung erfuhren, wie man ethische von unethischer PR unterscheidet. Die Charité hat jetzt begonnen, dies zu ändern – alle Achtung!

Jährlich zahlt die Pharmaindustrie Unsummen für sogenannte Anwendungsbeobachtungen. Die dienen meist nur dem Marketing für neue teure Arzneimittel. Dem Hersteller bringen sie bis zu 37 Prozent des Umsatzes für das betreffende Präparat; den Ärzten, die es verordnen und „beobachten“, das gute Gefühl, an der Forschung zur Arzneimittelsicherheit teilzunehmen, und eine Menge Geld. Aber 80 bis 90 Prozent der „Innovationen“ sind nichts Neues, sondern nur „me-too-Präparate“, und die Beobachtungsstudien werden so gut wie nie ausgewertet.

Für fluoreszenzgestützte neurochirurgische Operationen wird zum Anfärben von Gliazellen (was umstritten ist) Aminolevulinsäure benutzt – eine Anwendung, die jedes Mal 1.948 Euro kostet. Derselbe Stoff wird in der Landwirtschaft massenhaft zum Düngen verwendet. (Umsichtige Krankenhausapotheker stellen das Präparat für einen zweistelligen Eurobetrag selber her.)

Das waren zwei Zitate. Dies und vieles mehr über fachfremde Einflüsse auf die Patientenversorgung und über die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens kann der medizinische Nachwuchs jetzt während der Ausbildung schon erfahren. Die Charité rühmt sich, seit 2009 als erste Medizinische Fakultät Deutschlands, angehenden Ärzten ein Seminar anzubieten, das sie immunisieren soll: gegen die Verlockungen und Zumutungen all jener Akteure der sogenannten „Gesundheitswirtschaft“

(was für ein Wort!), denen es weniger um die Gesundheit als um den Gewinn geht.

In anderen deutschen medizinischen Fakultäten denkt man bereits an Nachahmung; nicht nur auf Betreiben der Studenten. Auch im Lehrkörper legt man Wert darauf, dass evidenzbasierte Medizin nicht nur gelehrt, sondern auch ausgeübt wird. Dies aber steht in Frage, wenn schon die Studierenden von der Industrie so „angefüttert“ werden, dass sie später als Ärzte anfällig sind für die oft sehr subtile Beeinflussung ihres Ordnungsverhaltens.

Im Ausland ist dieses Thema vielfach schon fest im Curriculum angeheuer Ärzte und Apotheker verankert. Anfangs wurde der Einfluss der Pharma- und Apparate-PR während des ganzen Studiums oft nur in einer einzigen Veranstaltung von ein paar Stunden behandelt. Dies ergab 2005 ein internationaler Survey der WHO zusammen mit der HAI, der „Health Action International“, einem Netzwerk von etwa zweihundert Gruppen und Personen aus 70 Ländern, die sich aktiv für unbeeinflusste, rationale Arzneitherapie einsetzen.

## Nützliches Manual für Lehrende

WHO und HAI haben gemeinsam ein erstes Manual erarbeitet, das alle mit der Ausbildung von Medizinerinnen und Pharmazeuten Befassten dabei unterstützen kann, den Studierenden den Zweck, die vielfältigen Mittel und die

fatalen Folgen unseriöser Pharma-PR zu erläutern: „World Health Organization/ Health Action International: Understanding and Responding to Pharmaceutical Promotion. A Practical Guide.“

Die Kenntnis dieser sehr inhaltsreichen und auch für die Fortbildung nützlichen Broschüre verdankt BERLINER ÄRZTE Peter Tinnemann vom Charité-Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. Er hatte die Idee zu diesem Seminar, er hat sie zusammen mit vielen Mitstreitern in die Tat umgesetzt und leitet es gemeinsam mit Linus Grabenhenrich (Master of Public Health wie Tinnemann). Es heißt, ganz witzig, „Advert Retard“, aber man fragt sich, ob ein Titel, der weniger sophisticated, aber auf Anhieb verständlich ist, nicht mehr Studierende anzöge.

## Kompetente Mitstreiter

Das wird auch der Fall sein, wenn das Seminar als Wahlleistungskurs erst fest in den Modellstudiengang eingebaut ist. Tinnemann ist da zuversichtlich, denn nach seinem Eindruck ist die Prodekanin für Studium und Lehre, Claudia Spies, sehr daran interessiert, die Studierenden auf Probleme des Arztberufs vorzubereiten wie zum Beispiel Interessenkonflikte. Dies war im Dezember das Thema des Berliner Psychiaters Dieter Lehmkuhl. Auch der Mitautor (neben Leib und Klemperer) des in BERLINER ÄRZTE Nr. 12/2011 besprochenen Buches „Interessenkonflikte in der Medizin“, Wolf-Dieter Ludwig, ist natürlich dabei – als kritischer Onkologe und als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ).

Auch sein Vorgänger im AkdÄ-Vorsitz, Bruno Müller-Oerlinghausen, darf hier nicht fehlen, ebenso wenig wie Wolfgang Becker-Brüser (arznei-telegramm und Arzneimittel-Kursbuch). Sie alle blieben bisher beim Thema Medikamente. Wolfgang Wodarg dagegen, als Gesundheitsexperte lange Zeit im Bundestag, jetzt bei Transparency International, landete einen Rundumschlag gegen Lobbyismus und Korrup-

tion im Gesundheitswesen, der angehenden Ärzte das Fürchten lehren konnte, so erschreckend waren viele Details, von denen wir zwei eingangs zitierten. Ein inhaltsreicher Vortrag zum Thema „Ärzte zwischen öffentlichem Auftrag und Gesundheitswirtschaft“ – aber ein Vortrag.

Es gibt in dieser lehrreichen Lehrveranstaltung zwar lebhaftes, teils auch leidenschaftliche Diskussionen, aber ein richtiges Seminar ist dies noch nicht. Tinnemann strebt mehr Interaktion, mehr Teilnehmeraktivierung an. Manche der Mitwirkenden leisten das schon, wie zum Beispiel Christian Wagner-Ahlf, der die Studierenden Anzeigen in Ärzteblättern analysieren ließ. In dem erwähnten WHO/HAI-Manual teilen fast alle Autoren der einzelnen Kapitel Lern-

ziele und Übungen für solche Seminare mit. Außerdem geben sie eine Menge Literatur an, etwa Studien, die den Effekt der mehr oder weniger verdeckten Pharma-PR-Methoden exakt nachweisen.

Aus diesem Handbuch lassen sich viele Anregungen für das Berliner Seminar holen. In dessen letzter Sitzung erfahren die Teilnehmer von Tinnemann, welche Quellen sauberen Wissens es gibt. Einige wurden hier nebenbei schon genannt; unter den unabhängigen deutschsprachigen Arzneimittel-Bulletins fehlen noch „Der Arzneimittelbrief“, „Arzneiverordnung in der Praxis“ und das Patientenblatt „Gute Pillen – schlechte Pillen“.

R. Stein

Ärzte, die jetzt meinen, so ein Seminar hätten sie einst auch gern besucht, können dieses in kompakter Form nachholen.

*„Advert retard – Industrielle Interessen, ärztliche Berufspraxis und rationale Arzneimitteltherapie“ fand im Januar bereits das erste gut besuchte Wochenendseminar für Ärzte statt. Das nächste, zusammen mit der Ärztekammer Berlin, ist in Planung.*

*Sa 26.1. 11-18 Uhr, So 27.1. 10-15 Uhr, Institut für Sozialmedizin, Salomon Neumann-Haus, Luisenstr. 57, (16 FP).*

Informationen beim neugegründeten Verein: [http://certified\\_medical\\_independence.org](http://certified_medical_independence.org)

ANZEIGE

Berliner Ärzte auch im Internet:

**[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)**

# Unter Einfluss

## Wie unabhängig kann Wissenschaft sein?

**Die Medizin steht keineswegs allein da mit Problemen wie Interessenkonflikten und sachfremden Einflussnahmen. Zum Glück aber wird die Gefährdung sauberen Wissens, vor der Ihre Kammer Sie seit langem warnt, jetzt immer häufiger von der Öffentlichkeit und von den Beteiligten selbst wahrgenommen und offen diskutiert. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) zum Beispiel hat seine wissenschaftliche Unabhängigkeit nicht nur gegen die Industrie, sondern auch gegen politische Interessen zu verteidigen. Statt einer Jubelfeier zum zehnjährigen Bestehen gab's dort ein Symposium zur Frage „wie unabhängig kann Wissenschaft sein?“**

Zweifel an der Unabhängigkeit von Wissenschaftlern und ihren Institutionen werden immer öfter laut. Das betraf auch das Bundesinstitut für Risikobewertung, eine Nachfolgeeinrichtung des zerschlagenen Bundesgesundheitsamtes mit der Aufgabe, die Sicherheit von Lebensmitteln, Chemikalien und Dingen des täglichen Bedarfs zu beurteilen. Zum Beispiel stellten im Juli letzten Jahres die Grünen eine Kleine Anfrage mit dem Titel „Interessenkonflikte und fachliche Einseitigkeit in der Risikobewertung von gentechnisch veränderten Organismen und Pflanzenschutzmitteln“.

Die Begründung steht gleich am Anfang der ellenlangen „Kleinen“ Anfrage. Das BfR ist die wichtigste der deutschen wissenschaftlichen Bundesbehörden, die vor der Zulassung der neuen unter diesen Substanzen zu prüfen hat, ob sie eventuell gesundheitsschädlich oder sonst wie riskant sind. Für Europa ist hierfür die Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit (EFSA) zuständig, deren Unabhängigkeit ebenfalls in Frage stand. Beide müssen sich im Wesentlichen auf Studien stützen, die von den Antragstellern selbst veranlasst wurden. (Das kennen wir ja aus der Medizin.) Selbst können sie keine umfangreichen Fütterungs- und Anbauversuche machen. Sie sind auf das Urteil interner und externer Sachverständiger über diese – natürlich interessengelenkten – Hersteller-Studien angewiesen.

Bei den sehr detaillierten Fragen der Abgeordneten ging es hauptsächlich um

Nebentätigkeiten der BfR-Beschäftigten für die Industrie – sie sind ihnen verboten – sowie um Interessenkonflikte der teils aus der Industrie kommenden externen Berater – sie müssen sie deklarieren, und ihre Erklärungen werden, ebenso wie die Ergebnisprotokolle der Kommissionsitzungen, veröffentlicht, und zwar auf der Website des BfR ([www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)). Ist das genug Transparenz?

### Unbedingt abwehrbereit!

Das Kongressthema „Wie unabhängig kann Wissenschaft ein?“ nannte BfR-Präsident Andreas Hensel eine zentrale Frage. Es habe schon vor der Bundestagsanfrage (mit beruhigender Regierungantwort) festgestanden, versichert BfR-Sprecherin Suzan Fiack. Und bei dem in die zweitägige wissenschaftliche Konferenz eingebetteten kurzen Festakt erinnerte Ilse Aigner daran, dass die Unabhängigkeit des (ihrem Ministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz zugeordneten) BfR schon im Errichtungsgesetz festgeschrieben ist.

Von großem, allgemeinem Interesse waren die Vorträge und Diskussionen der Konferenz. Erst im zweiten Teil ging es um den Status quo der Unabhängigkeit von Wissenschaft, das „Ist“; vorher, im ersten Teil, eher um Forderungen, also ums „Soll“. Dieses Soll ist ebenso wenig neu wie die Politikberatung. Schon Machiavelli forderte in „Il Principe“, Entscheidungen müssten auf dem besten verfügbaren Wissen beruhen (heute hie-

ße das „evidenzbasiert“). Ihn zitierte Heinz Riesenhuber, lange Zeit einziger Naturwissenschaftler im Bundestag und zeitweise Wissenschaftsminister. Heute gebe es eine „stärkere Landschaft von Politikberatungen, als wie sie je hatten“, konstatierte er.

Wie unabhängig aber können wissenschaftliche Institutionen sein, die zwar autonom (wörtlich „selbstgesetzgebend“), aber nicht autark sind, weil sie ja finanziert werden müssen? Die Frage formulierte Armin Grunwald (Leiter der Abteilung Technikfolgenabschätzung am Institute of Technology Karlsruhe). Die Autonomie der Wissenschaft sei ständig bedroht; verteidigen müssten sie die Wissenschaftler selbst: durch These und Antithese, Diskussionen und gegenseitige Kritik.

„Eine Zentralinstanz, die über Richtigkeit entscheidet, gibt es nicht. Der Zweifel ist diesem System eingeschrieben“, sagte Grunwald. Wissenschaft sei keine Hüterin von Wahrheit, und der Zweifel müsse offen ausgetragen werden. Auch im Zentrum der Politikberatung über Zukunftsfragen wie etwa Energiewende habe die Argumentationslage zu stehen, wenn es noch keine Fakten gibt. „Politik und Öffentlichkeit aber erwarten immer klare Antworten und einfache Fakten.“ Da nickten die politikberatenden Wissenschaftler zustimmend. „Wenn eine Institution sagte: ‚Das wissen wir nicht‘, wird das als Inkompetenz interpretiert“, sagte Jutta Jaksche (Bundesverband der Verbraucherzentralen).

### Lautes Singen im Wald?

Nach wie vor steht besonders die Ressortforschung im Verdacht, allzu abhängig von den jeweiligen Ministerien zu sein. Hensel jedoch konnte auf Nachfrage von BERLINER ÄRZTE feststellen, in den zehn Jahren des Bestehens seiner Institution habe es „noch keine Versuche einer politischen Beeinflussung gegeben“. Zur Wahrung der wissenschaftlichen Unabhängigkeit hat man verschiedene Sicherungen eingebaut. So wird die Ressortforschung ausschließlich durch

öffentliche Mittel finanziert, wie Hensels Vize Reiner Wittkowski hervorhob. Es herrscht das Mehraugenprinzip, und sämtliche Ergebnisse, aber auch Unsicherheiten, stelle man so schnell wie möglich ins Netz, und zwar in verständlicher Form.

All diese Beteuerungen: Lautes Singen in einem Wald voll Räuber? Wittkowski verhehlte nicht, dass Medien und Bürgerorganisationen Lobby-Einflüsse aus Politik und Wirtschaft auf die Bundesinstitute immer wieder thematisieren. Wie deren Unabhängigkeit einzuschätzen ist, das war das Titelthema des Vortrags von Manfred Hennecke (Bundesanstalt für Materialforschung) im zweiten, dem „Ist“-Teil der Tagung. Aber auf seinen Folien wurden auch wieder nur Bedingungen und Maßnahmen genannt, die wissenschaftsfremden Einflüssen vorbeugen und Unabhängigkeit sichern sollen wie Leitlinien, Regeln, Paragraphen – und Transparenz.

### Zulassungsstudien: Nur die „guten“ ins Töpfchen

Ist Transparenz tatsächlich immer gewährleistet? Die Studiendaten, die zum Beispiel ein Hersteller von Pflanzenschutzmitteln vollständig einreichen muss, darf das BfR aber nicht öffentlich machen. Auch dies ist uns aus der Medizin, nämlich der Arzneimittelzulassung wohlbekannt. Gerd Romanowski (Verband der Chemischen Industrie) war diese Praxis selbstverständlich. Eine Publikationspflicht bestehe nur bei öffentlich geförderter Forschung. Die selbstfinanzierten Studien dürfe der Hersteller geheimhalten, damit das neue Produkt nicht nachgeahmt werden kann. Die Firma strebt ja ein Patent (also Profit) an. „Produktionsentwicklungen, das sind geheime Dinge“, sagte Romanowski, „legitim und korrekt“.

BfR-Präsident Hensel bestätigte dies. Und laut einer Diskussionsbemerkung aus seinem Mitarbeiterkreis werden (wie aus der Medizin geläufig) nicht nur wichtige Rohdaten, sondern ganze Studien zurückgehalten, wenn sie Probleme bei der

Zulassung machen könnten. „Wir können aber nur bewerten, was auf dem Tisch liegt“, sagte hierzu Wittkowski. „Woher wollen Sie denn wissen, dass es Studien gibt, die wir nicht einreichen?“ fragte ein Industrievertreter. Weil sie oft viele Jahre später doch noch eingereicht werden, sagte BfR-Mitarbeiterin Britta Michalski – wenn man das Unternehmen ausdrücklich danach frage. Ein typischer Dialog Wissenschaft-Wirtschaft über den „Publication-Bias“, die Verzerrung der Nutzen/Risiko-Relation einer Substanz hin zum scheinbar Positiven. Mediziner fordern daher seit vielen Jahren ein öffentlich zugängliches Studienregister. Auf dieser Tagung aber fiel das Wort gar nicht.

Moderator Patrick Illinger (Süddeutsche Zeitung) trug ein apartes Detail zu dieser Diskussion bei: „Ich kenne aus der Pharmaindustrie das neue Berufsbild der „Studienfeuerwehr“. Gibt's die in der übrigen chemischen Industrie nicht? Die rückt immer an, wenn die Ergebnisse ungünstig auszufallen drohen.“

### Geschäftsgeheimnis wichtiger als Menschenleben?

Ganz unabhängig kann Wissenschaft nicht sein, denn sie ist an andere Subsysteme gekoppelt. Die beiden Subsysteme Wissenschaft und Wirtschaft haben je eigene Regeln und Ziele, und sie wirkten schon immer aufeinander ein, sagte Wolfgang Wodarg (Transparency international). Die nötige Selbstkorrektur von Wissenschaft funktioniere nicht immer, meinte er (siehe Publikation Bias). „Positive“ Studien hätten die dreifache Publikationschance wie „negative“. Nach seiner Ansicht sollte es haftungsrechtlich Folgen haben, wenn zum Beispiel lebenswichtige Informationen über Risiken und Nebenwirkungen eines Produkts nicht bekannt gegeben werden. Soll das Geschäftsgeheimnis sogar über Menschenleben gestellt werden? Hier scheint eine Güterabwägung unerlässlich.

Nicht nur die Industrie, auch die Politik lässt bekanntlich Gutachten und Studien schon mal in der Schublade verschwin-

den, wenn das Ergebnis unerwünscht ist. Oder sie beruft in ihre Beratungsgremien möglichst solche Wissenschaftler, die zufällig die „richtige“ Meinung vertreten, und lässt die anderen fallen. Am eigenen Leibe erlebte dies Walter Krämer (Leiter des Instituts für Wirtschafts- und Sozialstatistik der TU Dortmund): Zu dem Gremium, das den Armuts- und Reichtums-Bericht erarbeitet, sei er nicht mehr eingeladen worden, nachdem er die hier geltende Definition von Armut für unsinnig erklärt hatte: Weniger als 60 Prozent des Durchschnittseinkommens in einem Land – völlig unabhängig von dessen Höhe.

Selektion nicht nach Exzellenz, sondern nach der „richtigen“ Meinung: Das kennt man vor allem aus Diktaturen, und auch auf diese Art lässt sich die Unabhängigkeit der Wissenschaft massiv gefährden. Hierzu und zu ähnlichen Praktiken sagte Krämer: „Durch Denkverbote wurde die Welt noch nie gerettet.“

R. Stein

ANZEIGE

# Patientenrechte im Gesetz – Teil 3

## Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz in einer vierteiligen Beitragsserie

Am 29. November 2012 hat der Deutsche Bundestag die Regelungen zum sog. Patientenrechtegesetz beschlossen. In der Januar- sowie in der Februarausgabe von BERLINER ÄRZTE hatten wir bereits über das Gesetzgebungsverfahren, über wesentliche Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch und über damit für Ärztinnen und Ärzte verbundene praxisrelevante Fragestellungen berichtet. Der Bundesrat hat dem Gesetz nun in seiner Sitzung am 1. Februar 2013 zugestimmt. Noch im Frühjahr 2013 wird es im Bundesgesetzblatt veröffentlicht werden und einen Tag hiernach in Kraft treten.

Von Martina Jaklin

### Die Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch

Wie bereits berichtet hat der Gesetzgeber im Unterabschnitt 2 des BGB den Behandlungsvertrag als speziellen Vertragstypus geregelt (§ 630a Absatz 1 BGB) und die wesentlichen vertraglichen Rechte und Pflichten der Patientinnen und Patienten sowie die bisherige Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht normiert. Im Folgenden informieren wir über die noch nicht im ersten und zweiten Teil dieses Beitrags behandelten Vorschriften des BGB zur Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen und zur Beweislastverteilung im arzthaftungsrechtlichen Streitfall. Wir werden dabei bereits heute ersichtliche Probleme und Fallstricke aufgreifen und auf die sich daraus ergebenden praktischen Konsequenzen hinweisen.

### Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen

In der aktuellen Berufsordnung der Ärztekammer Berlin heißt es zum Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen derzeit noch wie folgt (§ 10 Abs. 2 BO):

*„Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes ent-*

*halten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.“*

Da diese Vorschrift nicht mehr der verfassungsrechtlichen Rechtsprechung zum informationellen Selbstbestimmungsrecht der Patienten entspricht, hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 26. September 2012 folgende Fassung des § 10 Abs. 2 beschlossen:

*„Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen grundsätzlich in die sie betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren. Auf Verlangen sind Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben. Die Einsichtnahme kann verwehrt werden, soweit dies aus therapeutischen Gründen oder zum Schutz der Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter erforderlich ist.“*

Die Neufassung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin befindet sich derzeit im Genehmigungsverfahren. Nach Genehmigung und Veröffentlichung im Amtsblatt für Berlin wird sie in Kraft treten. Im BGB ist hinsichtlich des Einsichtsrechts folgende zivilrechtliche Regelung normiert worden:

*„Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die*

*Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.“*

Die Vorschrift regelt das Recht des Patienten auf Einsicht in das Original seiner Patientenakte. Dem Begehren des Patienten ist „unverzüglich“, d.h. ohne schuldhaftes Zögern zu entsprechen. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, hat die bisherige Rechtsprechung, je nach Fallgestaltung, unter „unverzüglich“ Fristen zwischen drei und 14 Tagen für angemessen gehalten. Im Falle des Einsichtsrechts wird es maßgeblich darauf ankommen, für welche Zwecke die Einsichtnahme benötigt wird. Zwar braucht der Patient keinen Grund für die Geltendmachung seines Einsichtsrechts zu nennen, benötigt er Abschriften der Patientenakte jedoch, z.B. für eine zeitnah erforderliche Weiterbehandlung oder Zweitmeinung, wird die Frist dem entsprechend anzupassen sein.

### Therapeutischer Vorbehalt

Auch nach bisherigem Recht war das Einsichtsrecht zu versagen, wenn therapeutische Gründe dagegen sprachen, d.h. wenn zu befürchten ist, dass der Patient durch die Einsichtnahme erheblichen gesundheitlichen Schaden nehmen kann. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang an die Möglichkeit einer Selbstschädigung zu denken. Erforderlich wäre in einem solchen Fall eine sorgsame Abwägung aller für den Einzelfall relevanten Umstände. Als Ergebnis kann auch die Gewährung eines partiellen Einsichtsrechts geboten sein, z.B. die Einsichtnahme unter Anwesenheit Dritter oder unter ärztlicher Begleitung.

### Persönlichkeitsrechte Dritter und des Arztes

Anders als in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin findet sich in der Vorschrift keine ausdrückliche Erwähnung der dem Einsichtsrecht des Patienten entgegenstehenden Rechte

des Arztes. Der Arzt<sup>1</sup> ist nicht „Dritter“ im Behandlungsverhältnis und daher sind seine Rechte vom Wortlaut der Vorschrift nicht erfasst. Die Gesetzesbegründung sieht ein begründetes Interesse des Arztes an der Nichtoffenbarung „im Regelfall“ als „nicht gegeben“ an. Auch hier käme es jedoch auf die Umstände des Einzelfalls an, heißt es dort weiter.

Nach bisheriger Rechtsprechung können dem Einsichtsrecht der Patienten auch die Persönlichkeitsrechte des Arztes entgegenstehen. Insbesondere im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie kann es erforderlich werden, z.B. eigene, ggf. problematische, emotionale Reaktionen auf den Patienten oder auf das Therapiegespräch festzuhalten, um diese etwa im Nachhinein zu reflektieren oder in einer Supervision aufzuarbeiten. Soweit es sich hierbei um persönliche, den Arzt in Bezug nehmende Informationen handelt, die dieser von vorn herein ausschließlich zu seiner eigenen Erinnerung aufgezeichnet hat, unterliegen diese Informationen nicht dem Einsichtsrecht des Patienten. Insofern ist der Wortlaut der neuen Vorschrift im BGB als Regel anzusehen, von der im Einzelfall begründete und eng begrenzte Ausnahmen gemacht werden können. Im Einzelfall wird bezüglich solcher persönlichen Aufzeichnungen des Arztes eine Abwägung zwischen dem informationellen Selbstbestimmungsrecht des Patienten und dem Persönlichkeitsrecht des Arztes vorgenommen werden müssen.

Erhebliche Rechte Dritter, die dem Einsichtsrecht entgegen stehen können, können z.B. die Rechte von Eltern minderjähriger Patienten oder von mitbehandelnden Kollegen darstellen. Aufzeichnungen, die diese Personen in Bezug nehmen, können und müssen

ggf. sogar vom Einsichtsrecht ausgenommen werden, sofern eine Offenbarung deren Persönlichkeitsrechte oder deren Anspruch auf Geheimhaltung verletzen würde. Insofern ist im Einzelfall eine Abwägung der bestehenden unterschiedlichen Rechtspositionen und Interessen vorzunehmen.

### **Vorsicht Kostenfalle: Begründungspflicht bei Ablehnung der Einsichtnahme**

Neu ist die ausdrückliche Verpflichtung, die Ablehnung einer Einsichtnahme gegenüber dem Patienten zu begründen. Dies musste bereits bisher z.B. im Zuge einer klageweisen Geltendmachung des Einsichtsrechts erfolgen. Dass diese Verpflichtung nunmehr ausdrücklich im Gesetz geregelt ist, führt dazu, dass bei fehlender Mitteilung der Begründung im Verzugsfall die Kosten für eine rechtsanwaltliche und ggf. klageweise Geltendmachung vom Arzt zu tragen wären. Die Begründung für die Verweigerung einer Einsichtnahme sollte daher zur Vermeidung nachteiliger Kostenfolgen zeitnah nach der Geltendmachung des Einsichtsrechts und immer schriftlich erfolgen.

### **Einsichtnahme am Erfüllungsort**

Der Bezug in Absatz 1 Satz 2 auf die Vorschrift des § 811 BGB bedeutet, dass die Einsichtnahme an dem Ort zu gewähren ist, an dem sich die Behandlungsdokumentation vertragsgemäß befindet. Das ist in der Regel die betreffende Arztpraxis, das MVZ oder das Krankenhaus. Die Gewährung des Einsichtsrechts an einem anderen Ort kann der Patient nur im Falle eines wichtigen Grundes verlangen.

### **Elektronische Abschriften der Patientenakte und Kostentragung**

In § 630g Absatz 2 BGB ist Folgendes geregelt:

*„Der Patient kann auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.“*

Diese Norm ist auf Anhieb nicht ohne Weiteres zu verstehen. Besonderes Augenmerk verdient hier das Wörtchen „auch“. Der Blick in die Gesetzesbegründung bestätigt, dass der Gesetzgeber mit Absatz zwei nicht nur das Recht auf „elektronische“ Abschriften der Patientenakte regeln wollte. Nach der Gesetzesbegründung gibt diese Vorschrift dem Patienten das Recht, Abschriften von der Patientenakte zu verlangen und zwar sowohl von den in Textform erstellten sowie von den elektronischen Dokumenten. Verlangt werden können Kopien der Dokumente in Textform sowie maschinenlesbare Datenkopien oder Dateien von in elektronischer Form bestehenden Aufzeichnungen. Die Kosten hierfür hat der Patient zu tragen. Bereits nach bisheriger Rechtslage waren die angemessenen Kosten zu erstatten. In Anlehnung an das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) können pro einfache Fotokopie 0,50 Euro, ab der 50. Kopie 0,15 Euro je Kopie, vom Patienten verlangt werden. Für aufwändigere Abschriften, z.B. in Form der Kopie einer Röntgenaufnahme, eines MRT-Bildes oder eines Videofilms, können die angemessenen und tatsächlich nachgewiesenen Kosten verlangt werden.

### **Einsichtsrecht nach dem Tod des Patienten – Postmortale Schweigepflicht**

Die bisher zur sog. „postmortalen Schweigepflicht“, d.h. zum Einsichtsrecht nach dem Tod des Patienten bestehende Rechtsprechung ist in § 630g Absatz 3 BGB nun wie folgt normiert:

*„Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle*

<sup>1</sup> Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist an mehreren Stellen in diesem Text auf die Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet worden. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

*Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.“*

Diese Norm stellt klar: Der Schutz der Patienteninformationen erlischt nicht nach dem Tode des Patienten. Des Weiteren: Das Recht, über die eine Person betreffenden Informationen zu disponieren, ist ein höchstpersönliches Recht, das nur von der betreffenden Person selber wahrgenommen werden kann. Nach dem Tod ist daher eine Entbindung von der Schweigepflicht, etwa durch Erben oder durch Angehörige nicht mehr möglich. Wenn der Patient zu Lebzeiten seinen diesbezüglichen Willen nicht ausdrücklich oder durch schlüssiges Verhalten kundgetan hat, dann verbleibt als einziger Maßstab für die Frage der Offenbarung von Patienteninformationen dessen mutmaßlicher Wille. Grundsätzlich kann der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen seines verstorbenen Patienten entspricht, einem rechtmäßigen Erben die für die Geltendmachung dessen vermögensrechtlicher Ansprüche erforderlichen Informationen zu erteilen. Das gleiche gilt für Angehörige (z.B. Kinder, Eltern, Ehegatten, Lebenspartner, Geschwister, Enkel), die sog. immaterielle Interessen verfolgen. Zu denken ist hierbei z.B. an Schmerzensgeld für den Verlust des Angehörigen oder auch lediglich die Klärung der Ursachen für dessen Tod. Die Rechtsprechung hat bisher bereits die Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler ursächlich für das Ableben war, als grundsätzlich im Interesse des Verstorbenen und damit seinem mutmaßlichen Willen entsprechend anerkannt. Auch die Aufklärung einer Straftat, d.h. ob der Patient ggf. einer Straftat zum Opfer gefallen ist, soll grundsätzlich dessen mutmaßlichen Willen entsprechen. Gleiches gilt für den Klassiker: Die Klärung der Frage, ob zum Zeitpunkt einer Verfügung von Todes wegen (Testament) Testierfähigkeit beim Erblasser gegeben war. Verfügt der Arzt allerdings über konkre-

te Anhaltspunkte dafür, dass die Offenbarung der Patienteninformationen nicht dem mutmaßlichen Willen seines verstorbenen Patienten entspricht, dann darf eine Offenbarung auch nicht erfolgen. Auch hinsichtlich des Umfangs der zu offenbarenden Informationen ist in solchen Fällen der mutmaßliche Wille des Verstorbenen maßgeblich.

### **Beweislastverteilung im Streitfall**

Ist dem Arzt ein Behandlungsfehler unterlaufen, so gilt zunächst die allgemeine vertragsrechtliche Haftungsregelung des § 280 Absatz 1 BGB. Übertragen auf das ärztliche Behandlungsverhältnis heißt es dort: Begeht der Arzt einen Behandlungsfehler, so kann der Patient Ersatz des durch den Behandlungsfehler entstandenen Schadens verlangen. Grundsätzlich gilt im Zivilrecht der allgemeine Grundsatz, dass derjenige, der etwas von einem anderen verlangt, die hierfür erforderlichen Voraussetzungen darzulegen und im Bestreitensfall zu beweisen hat. Will der Patient also einen Anspruch aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers geltend machen, so hat er grundsätzlich den Kunstfehler, die eingetretene Gesundheitsverletzung sowie den eingetretenen Schaden darzulegen und zu beweisen. Des Weiteren hat er den Nachweis über die Kausalität zwischen Fehler und Gesundheitsverletzung (sog. haftungsbegründende Kausalität) und zwischen Gesundheitsverletzung und Schaden (sog. haftungsausfüllende Kausalität) zu führen. Außerdem muss dem Arzt oder einer Hilfsperson grundsätzlich entweder Vorsatz oder Fahrlässigkeit vorzuwerfen sein, was bei einem objektiv festgestellten Behandlungsfehler zunächst widerlegbar vermutet wird (§ 280 Absatz 1 Satz 2 BGB). Neben dieser allgemeinen, für alle Dienstverträge geltenden Beweiserleichterungsregel, regelt § 630h BGB weitergehende Beweiserleichterungsregelungen speziell für den medizinischen Behandlungsvertrag. Der Gesetzgeber hat sich dabei

an bereits in der Vergangenheit von der Rechtsprechung entwickelten Fallgruppen orientiert.

Diese sollen im Folgenden in ihren Grundzügen erklärt werden. Da die Regelungen des § 630h BGB eine ganze Reihe von unbestimmten Rechtsbegriffen enthalten, wird die Rechtsprechung auch weiterhin einen wesentlichen Beitrag zur Ausfüllung des Arzthaftungsrechts leisten müssen.

### **Beweislast beim „voll beherrschbaren Risiko“**

In der Vorschrift des § 630h Absatz 1 normiert der Gesetzgeber die von der Rechtsprechung geprägte Fallgruppe des sog. voll beherrschbaren Risikos:

*„Ein Fehler des Behandelnden wird vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.“*

Während nach der allgemeinen Regelung des § 280 Absatz 1 Satz 2 BGB bei Vorliegen eines Fehlers alleine das Verschulden (Vorsatz oder Fahrlässigkeit) vermutet wird, wird bei der Fallgruppe des vollbeherrschbaren Risikos nach § 630h Absatz 1 BGB die Frage der Pflichtverletzung, d.h. das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, widerlegbar vermutet. Ein sog. vollbeherrschbares Risiko ist dann anzunehmen, wenn die Verletzung des Körpers oder des Lebens des Patienten aus einer Gefahr resultiert, die dem sog. Herrschafts- und Organisationsbereich des Arztes zuzuordnen ist. Es geht bei dieser Fallgruppe um Risiken, die der Arzt in einem bestimmten Bereich objektiv voll beherrschen kann. Das betrifft z.B. die spezifischen Risiken, die durch die Einhaltung der Sicherheitsbestimmungen, z.B. beim Einsatz medizinisch-technischer Geräte, ausgeschlossen werden können. Das Gleiche gilt für die Einhaltung der Hygienestandards oder die ordnungsgemäße Koordinierung und Organisation der Behandlungsabläufe.

Weil der Patient in der Regel weder Einblick noch Einfluss in und auf diese Bereiche hat und weil bei Einhaltung aller Regeln davon ausgegangen wird, dass die Verwirklichung des jeweils spezifischen Risikos ausgeschlossen ist, soll in diesen Fällen der Arzt nachweisen müssen, dass ihm keine Pflichtverletzung, d.h. kein Behandlungsfehler unterlaufen ist. Die Nachweispflicht dafür, dass sich überhaupt ein sog. vollbeherrschbares Risiko verwirklicht hat, liegt allerdings weiterhin beim Patienten. Auch wenn weitere Ursachen für die Verletzung des Lebens oder des Körpers des Patienten verantwortlich sein können, die dem Arzt quasi die volle Beherrschbarkeit entziehen, z.B. bestimmte Dispositionen des Patienten, bleibt es bei der Grundregel, d.h. bei der vollen Beweislast für den Patienten.

### **Beweispflicht für ordnungsgemäße Aufklärung und Einwilligung**

§ 630h Absatz 2 Satz 1 BGB regelt eine Abweichung von der Grundregel insofern, als dass nach dieser Vorschrift der Arzt die Beweislast dafür trägt, dass der Patient in die Behandlung eingewilligt hat und dass die hierfür erforderliche Aufklärung ordnungsgemäß erfolgt ist:

*„Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat.“*

In den Fällen, in denen eine Behandlung mehrere unterschiedliche wesentliche Risiken birgt, muss über alle diese Risiken aufgeklärt werden. Kann der Arzt die ordnungsgemäße Aufklärung nicht vollständig nachweisen, hat er z.B. über ein wesentliches Risiko nicht aufgeklärt und verwirklicht sich jedoch eines der Risiken, über die der Patient vollständig aufgeklärt worden ist, dann kann sich der Patient nicht auf eine fehlerhafte Aufklärung berufen. Es kommt in diesen Fällen darauf an, ob ein bestimmter Aufklärungsfehler auch ursächlich für die Verwirklichung des aufklärungspflichtigen und sich verwirk-

lichten Risikos gewesen ist. Der Blick ist insofern immer auf den Schutzzweck der Aufklärungspflicht gerichtet.

### **Beweislast bei unzureichender Aufklärung**

Die Vorschrift des § 630h Absatz 2 Satz 2 BGB regelt bei unzureichender Aufklärung durch den Arzt den Fall der sog. hypothetischen Einwilligung:

*„Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.“*

Geregelt wird hier der Fall, in dem der Arzt über ein aufklärungspflichtiges Risiko, welches sich auch verwirklicht hat, nicht oder unzureichend aufgeklärt hat. Wenn der Arzt in einer solchen Situation das Gericht davon überzeugen kann, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hätte, dann führt dieser Aufklärungsmangel

nicht zur Haftung des Arztes. Hätte nämlich der Patient trotz mangelhafter oder fehlender Aufklärung in die Behandlung eingewilligt, wäre die fehlerhafte Aufklärung nicht ursächlich für den eingetretenen Schaden geworden und soll daher auch nicht zulasten des Arztes bewertet werden. Eine solche Hypothese wird z.B. in den Fällen einer lebensrettenden Operation gestellt. Eine solche Operation würde ein vernünftiger Mensch in der Regel auch in Kenntnis der bestehenden Risiken durchführen lassen. Der konkret betroffene Patient kann der sog. hypothetischen Einwilligung jedoch mit der plausiblen Behauptung entgegentreten, er hätte sich bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt über die Durchführung der Behandlung befunden. Gelingt dem Patienten die Darlegung eines ernsthaften Entscheidungskonfliktes, würde von einer unwirksamen Einwilligung und in deren Folge von einer Schadensersatzpflicht des Arztes dem Grunde nach ausgegangen werden.

---

ANZEIGE

## Beweislast bei unzureichender Behandlungsdokumentation

Die Vorschrift des § 630h Absatz 3 BGB macht die Notwendigkeit einer sorgfältig geführten Behandlungsdokumentation deutlich:

*„Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.“*

In dem Fall, dass eine bestimmte ärztliche Maßnahme nicht dokumentiert ist, wird der Arzt im Schadensfall beweisrechtlich so gestellt, als ob die Maßnahme nicht durchgeführt worden ist. Dies gilt bis zum Ablauf der Aufbewahrungsfristen für die betreffenden Behandlungsunterlagen. Es liegt in einer solchen Situation dann an ihm, die tatsächlich erfolgte Durchführung der Maßnahme zu beweisen. Im Wesentlichen wird diese Beweislastregel relevant bei dokumentationspflichtigen Befunden sowie bei sog. Anfängerbehandlungen, die lückenlos zu dokumentieren sind. Eine unterlassene Dokumentation steht im Schadensfall einer vernichteten Patientenakte gleich. Der Arzt muss dann beweisen, dass er einen bestimmten Befund tatsächlich erhoben hat oder dass ein Berufsanfänger tatsächlich die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ergriffen hat. Diese Beweise sind in den meisten Fällen kaum zu führen, so dass dringend, auch im eigenen Interesse, zu einer sorgfältigen Behandlungsdokumentation zu raten ist.

## Beweislast beim Anfängerfehler

Nach der Vorschrift des § 630h Absatz 4 BGB greift im Falle des sog. Anfängerfehlers eine weitere Beweislastregel:

*„War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der*

*Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.“*

Diese Vorschrift trägt der Annahme Rechnung, dass allein die Übertragung von Tätigkeiten an einen hierfür unzureichend qualifizierten Arzt nicht dem im Behandlungsverhältnis geschuldeten Behandlungsstandard entspricht. Relevant wird diese Regelung vor allem bei Berufsanfängern oder bei Weiterbildungsassistenten. Steht die unzureichende Qualifikation des Arztes fest, muss der Vertragspartner des Patienten im Streitfall darlegen und beweisen, dass die unzureichende Befähigung, Übung oder Erfahrung des Behandelnden nicht ursächlich für die Verletzung des Patienten war. Die Beweislast für den ärztlichen Fehler und für den eingetretenen Schaden verbleibt bei dieser Fallgruppe beim Patienten.

## Beweislast beim groben Behandlungsfehler

Die Vorschrift des § 630h Absatz 5 Satz 1 BGB regelt die Beweislastverteilung bei einem festgestellten sog. groben Behandlungsfehler:

*„Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.“*

Grundsätzlich hat der Patient im Schadensfall sowohl die Tatsache zu beweisen, dass ein Behandlungsfehler vorliegt und dass dieser Fehler auch ursächlich für die entstandene Verletzung der Gesundheit oder des Lebens geworden ist. Die Kausalität zwischen Fehler und eingetretener Gesundheitsschädigung ist jedoch häufig, z.B. bei Multimorbidität, kaum nachweisbar, da in solchen Fällen auch andere Ursachen für die Gesundheitsschädigung in Frage kommen. Liegt indes ein grober Behandlungsfehler vor, ist der Patient von dieser Beweislast befreit, denn die Kausalität wird dann vermutet. Dass

der Fehler „grob“ war, ist allerdings vom Patienten zu beweisen.

Der betroffene Arzt muss im Falle eines festgestellten groben Behandlungsfehlers beweisen, dass dieser nicht kausal war für die Rechtsgutsverletzung oder dass der Gesundheitsschaden auch bei regelrechter Behandlung eingetreten wäre. Eine sehr schwierige Beweisführung, die ebenfalls häufig nicht gelingt. Der Ausgang einer zivilrechtlichen Streitigkeit ist bei unsicherer Kausalität zwischen Fehler und Rechtsgutsverletzung fast vollständig abhängig von der Beweislastverteilung. Daher kommt der Frage, ob es sich „nur“ um einen einfachen Fehler handelt oder ob ein sog. grober Behandlungsfehler vorliegt, häufig eine entscheidende Bedeutung zu. Ein Fehler gilt als grob, wenn der Arzt gegen gesicherte und bewährte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen hat und ihm dies schlechterdings nicht unterlaufen darf. Dies ist immer eine Frage des Einzelfalls. Unter bestimmten Umständen können auch sog. fundamentale Diagnosefehler oder sog. grobe Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler dieselben beweisrechtlichen Folgen haben wie der grobe Behandlungsfehler.

## Beweislast beim Befunderhebungsmangel

Die Regelung des § 630h Absatz 5 Satz 2 BGB regelt den Fall, dass ein einfacher Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler vorliegt und anzunehmen ist, dass sich bei der gebotenen Abklärung der Krankheitssymptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so deutlicher und gravierender Befund ergeben hätte, dass eine Verkenntung oder eine Nichterkenntung als grob fehlerhaft zu werten gewesen wäre:

*„...Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrschein-*

*lichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.“*

Die Vermutung der Ursächlichkeit zwischen dem Befunderhebungs- oder Befundsicherungsmangel und der Rechtsgutsverletzung kann vom Arzt widerlegt werden. Dieser müsste darlegen, dass aufgrund weiterer Umstände davon auszugehen ist, dass sich das durch die fehlende Befunderhebung ge-

setzte Risiko gar nicht verwirklicht hat. Davon kann z.B. in den Fällen auszugehen sein, in denen der Patient selber durch eigenes Verhalten den Heilerfolg behindert oder vereitelt hat.

Lesen Sie in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE den nun wirklich letzten Teil dieses Beitrags. Wir werden darin über die Änderungen in der Bundesärzteordnung, im SGB V und im Krankenhausfinanzierungsgesetz berichten. Den gesamten Beitrag einschließlich des vierten und letzten Teils sowie er-

gänzende Informationen zum Patientenrechtegesetz sind bereits jetzt auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) zu finden. Sofern Sie Beratungsbedarf zu den neuen Regelungen haben, rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine E-Mail unter [berufsrecht@aekb.de](mailto:berufsrecht@aekb.de).

Verfasserin:

Martina Jaklin  
Leiterin Abteilung Berufsrecht  
Ärztekammer Berlin

---

ANZEIGEN

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November bis Dezember 2012 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Mandana Abdollahnia	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	19.12.12
Tarag Abuel Aiaun	FA Kinder- und Jugendmedizin	28.11.12
Dr. med. Suzan Akpulat	FA Innere Medizin	21.11.12
Christian Albers	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	28.11.12
Basel Allozy	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	29.11.12
Dr. med. Nyamaa Amarjargal	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14.11.12
Dr. med. Sevil Asan	FA Innere Medizin	14.11.12
Tip Dr. (TR) Pakize Atay	FA Psychiatrie und Psychotherapie	27.11.12
Beatrice Barber	FA Neurologie	06.11.12
Dr. med. Stefan Bardella	FA Allgemeinmedizin	27.11.12
Dr. med. Petra Beitlich	FA Allgemeinmedizin	18.12.12
Dr. med. Birgit Benschmidt	FA Innere Medizin	05.12.12
Dr. med. Dorothee Biener	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	05.12.12
Oliver Birkelbach	FA Anästhesiologie	19.12.12
Kathy Bormann	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.12.12
Dr. med. Renate Boye	FA Anästhesiologie	12.11.12
Alkandra Bringmann-Zakrzewski	FA Innere Medizin	12.12.12
Dr. med. Aline Burdack	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	05.12.12
Antonia Busse	FA Innere Medizin	05.12.12
Jan Peter Michael Cornely	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Nicola Dallwitz	FA Innere Medizin	07.11.12
Dr. med. Almut Dannemann	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.12.12
Gihan El-Achkar	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Solvig Grünberg	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	05.11.12
Anica Engelmann	FA Anästhesiologie	18.12.12
Dr. med. Jan Eujen-Schröder	FA Psychiatrie und Psychotherapie	11.12.12
Dr. med. Evelyn Ewert	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Michèle Farke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.11.12
Birthe Faust	FA Augenheilkunde	14.11.12
Dr. med. Georg Sebastian Ficht	FA Urologie	17.12.12
Nicole Findeisen	FA Allgemeinmedizin	04.12.12
Dr. med. Ayse Frenzel	FA Innere Medizin	12.12.12
Johanna Gollme-Szur	FA Allgemeinmedizin	27.11.12
Nina Götze	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14.11.12
Dr. med. univ. Alois Grabowski	FA Innere Medizin	12.12.12
Cornelia Haberl	FA Allgemeinmedizin	18.12.12
Dr. med. Silke Halbhübner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.11.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nicole Harenberg	FA Chirurgie	17.12.12
Karen Hartwig	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.11.12
Peter Paul Hoppe	FA Nuklearmedizin	12.12.12
Dr. med. Anne Hübsch	FA Innere Medizin	21.11.12
Dr. med. Hanns Ibher	FA Anästhesiologie	05.12.12
Dr. med. Ursula Jung	FA Humangenetik	22.10.12**
Dr. med. Jun-Stephan Yajima	FA Innere Medizin	14.11.12
Dr. med. Henriette Keßler	FA Urologie	17.12.12
Myriam Khalaf	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	05.12.12
Sylvia Klug	FA Radiologie	13.12.12
Dr. med. Silke Klusmeier	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	29.11.12
Janina Knoch	FA Allgemeinmedizin	20.11.12
Dr. med. Judith Knöchel	FA Allgemeinmedizin	04.12.12
Dr. med. Ursula Christine Köberle	FA Psychiatrie und Psychotherapie	27.11.12
Marie Koch	FA Anästhesiologie	12.11.12
Stefan Koerber	FA Anästhesiologie	05.12.12
Dr. med. Arno Köster	FA Laboratoriumsmedizin	06.12.12
Ioulia Kratzer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	11.12.12
Ute Brigitte Krautstrunk	FA Psychiatrie und Psychotherapie	27.11.12
Yvonne Kroenlein	FA Innere Medizin	21.11.12
Dr. med. Jana Kuhne	FA Anästhesiologie	18.12.12
Dr. med. Luka Kulic	FA Neurologie	04.12.12
Dr. med. Andrea Kunz	FA Laboratoriumsmedizin	06.12.12
Dr. med. Frank Labschies	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	18.12.12
Dr. med. Stefanie Ladner	FA Chirurgie	17.12.12
Dr. med. Christian Lang	FA Innere Medizin	07.11.12
Dr. med. Julia Susanne Lenkeit	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Matthias Liebner	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	14.11.12
Dr. med. Robert Lindenberg	FA Neurologie	18.12.12
Dr. med. Stefanie Lischeid	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	28.11.12
Dr. med. Elmar Lobsien	FA Neurologie	04.12.12
Martin Loeper	FA Laboratoriumsmedizin	06.12.12
Dr. med. Uta Lücke	FA Augenheilkunde	14.11.12
Dr. med. Christian Mallmann	FA Radiologie	13.12.12
Dr. med. Dirk Manefeld	FA Innere Medizin und Kardiologie	12.12.12

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Daniela Manthey	FA Kinder- und Jugendmedizin	14.11.12
Dr. med. Stefanie Markowetz	FA Innere Medizin	21.11.12
Dr. med. Andrea Matranga	FA Innere Medizin	05.12.12
Dr. med. Kerstin Mechtel	FA Innere Medizin	05.12.12
Shohreh Mirzaei	FA Allgemeinmedizin	18.12.12
Peter Sven Mugrauer	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	21.11.12
Olga Müller	FA Anästhesiologie	19.12.12
Stefan Müller	FA Innere Medizin	19.12.12
Nikolaos Pagonas	FA Innere Medizin	12.12.12
Dr. med. Ulrich-Frank Pape	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	21.11.12
Dr. med. Julia Pasligh	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Delano Pathirana	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	19.12.12
Dr. med. Stephan Thomas Pauly	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	05.11.12
Marcel Poschenrieder	FA Psychiatrie und Psychotherapie	11.12.12
Dr. med. Armin Rehm	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Natalie Lucie Reytan	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	19.12.12
Dr. med. Lena Ronge	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.12.12
Anja Rudeck	FA Anästhesiologie	12.11.12
André Rudolph	FA Innere Medizin	21.11.12
Kirsten Ruhl	FA Allgemeine Chirurgie	06.11.12
Dr. med. Mechthild Salm	FA Laboratoriumsmedizin	06.12.12
Dr. med. Anja Sandek	FA Innere Medizin und Kardiologie	07.11.12
Hasan Sari	FA Allgemeinmedizin	04.12.12
Sinan Sattaf	FA Urologie	17.12.12
Christian Schell	FA Allgemeine Chirurgie	06.11.12
Dr. med. Carola Schmidt	FA Radiologie	10.12.12
Dr. med. Holger Schmidt-Bava	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14.11.12
Dr. med. Anja Schneider	FA Anästhesiologie	12.11.12
Kirstin Schrader	FA Allgemeinmedizin	18.12.12
Dr. med. Annette Schröder	FA Allgemeinmedizin	20.11.12
Dr. med. Alexander Schultze	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.11.12
Thomas Schulz	FA Arbeitsmedizin	11.12.12
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Jan Markus Schwab	FA Neurologie	04.12.12
Dr. med. Max Schwarzburger	FA Anästhesiologie	05.12.12
Dr. med. Leonie Sernetz	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	21.11.12
Dr. med. Miriam Speer	FA Innere Medizin	19.12.12
Dr. med. Sebastian Spethmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	07.11.12
Dr. med. Eva-Maria Spranz	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	14.11.12

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Caroline Stabernack	FA Innere Medizin und Kardiologie	07.11.12
Frank Stachulski	FA Neurologie	13.12.12
Dr. med. Philipp Stachwitz	FA Anästhesiologie	05.12.12
Eva-Maria Steppeler	FA Innere Medizin	21.11.12
Dr. med. Jörg Michael Stohrer	FA Innere Medizin	05.12.12
Dr. med. Corinna Strenzke	FA Neurologie	06.11.12
Mandana Tayefeh	FA Anästhesiologie	18.12.12
Dr. med. Anke Tobusch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.12.12
Katja Vahlenkamp	FA Neurologie	13.12.12
Dr. med. Isabel von Seggern	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.11.12
Dr. med. Elisabeth von Tucher	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	21.11.12
Michael Vorweg	FA Neurologie	13.12.12
Dr. med. Sabine Walter	FA Arbeitsmedizin	11.12.12
Ilka Wegener	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	05.12.12
Florance Wirth	FA Chirurgie	17.12.12
Cornelia Witt	FA Innere Medizin und Pneumologie	14.11.12
Dr. med. Jörn-Hendrik Wohlleben	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.12.12
Nilay Yilmaz	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	05.12.12
Salih Yürek	FA Transfusionsmedizin	06.12.12
Nadine Zerhoch	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	21.11.12
Dr. med. Otto Ziehaus	FA Nervenheilkunde	18.12.12
Dr. med. Kaja Zimmermann	FA Innere Medizin	19.12.12

\* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert. Das Kürzel FA ist geschlechtsneutral zu verstehen, auf die Ergänzung des geschlechtsspezifischen Kürzels FÄ wurde verzichtet.

\*\* Facharztprüfung im Oktober (ohne Veröffentlichung in BERLINER ÄRZTE 12/2012)

ANZEIGE

# Liebe, wissenschaftlich

Das ganze große Gebäude in schummeriges Rotlicht getaucht. Treppenhaus und Gänge apart dekoriert mit sehr verfremdet in die Länge gezogenen Strumpfhosen und weißen Luftballons. Ein kleiner Raum fast völlig abgedunkelt. Nein, das ist kein Separée eines Edel-Etablissements, sondern eine Hertzammer, mit tz, und der Blick aus dem Fenster fällt auf das schön erleuchtete Schauspielhaus.

Denn wir befinden uns in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, und die ist gerade im Ausnahmezustand. Ihr öffentlicher Salon Sophie Charlotte, genannt nach der Initiatorin der Akademie, steht an diesem Abend unter dem Motto „Die Wissenschaft und die Liebe“. Größere Gegensätze seien kaum denkbar „als die verwirrend-emotionale Welt der Liebe und die analytisch reflektierte Welt der Wissenschaft“, meint Akademie-Präsident Günter Stock.

Hier überwucherte das verwirrend Emotionale öfter mal übermütig das analytisch Reflektierte, etwa im pompejanischen Kabinett. Dort beleuchtete eine Leselampe die Wand statt der aufgestellten Bücher. Eigentlich wollte die Akademie den geneigten Lesern das große, fast schon ewig währende Forschungsprojekt „Corpus inscriptionum Latinarum“ in einer publikumswirksamen Auswahl von Graffiti nahebringen, nur konnte man im rötlichen Dämmer kaum etwas von den Erotica Pompeiana lesen.

„Das ist wegen der Atmosphäre“, sagte der diensthabende Wissenschaftler. Immerhin steckte er uns ein Blatt mit ein paar Graffiti (samt Übersetzung) zu. Die erinnern sehr an die Kritzeleien heutiger Pubertierender – inhaltlich. Aber die hier abgebildete Kostprobe ist so anmutig und gekonnt gezeichnet, dass sie an Paul Klees Engel erinnert, sieht man mal vom Sujet ab.

Natürlich meinen ritzende und kitzelnde Jugendliche damals wie heute mit Liebe fast immer Sex – aber nur *fast* immer.

(Und das erfahren Sie hier nur, weil ich eines der Bücher die in der Akademie der Wissenschaften wegen des Rotlichts nicht lesbar waren, hinterher gekauft habe.) Da fleht zum Beispiel jemand gleich zweimal am selben Haus in Versalien: PHOEBE PHOEBE PHOEBE. Ein anderer bleibt ganz allgemein: CUSCUS AMAT VALEAT PEREAT QUI NOSCIT AMARE – Was die Altphilologen (Sektion „Fröhliche Wissenschaft“) locker so übersetzen: „Es lebe jeder, der liebt, und wer die Liebe nicht kennt, weg mit ihm.“

Ein anderes interessantes Forschungsprojekt wurde an diesem Abend von dem FU-Psychologen Arthur Jacobs vorgestellt: Die „Berlin affektive word list“, eine Datenbank mit tausenden von Wörtern in vielen Sprachen. Für jedes Wort wird die affektive Wirkung ermittelt. Zum Beispiel „Liebe“. Dieser Begriff, so Jacobs, wird viel öfter mit Zärtlichkeit assoziiert als mit Sexualität.

Die Wirkung selbst nur geschriebener Wörter spiegelt sich im Hautwiderstand, in der Herzfrequenz, in der Hirnaktivität. „Das wird Sie verraten, wenn Sie ein Gedicht besonders lieben“, sagte Jacobs.

Fürs Leben lernen konnte man von der Biopsychologin Beate Ditzen (Uni Zürich). Viele Studien bestätigen, dass eine glückliche, stabile Beziehung das Leben verlängert, wobei Männer mehr profitieren als Frauen. Aber wie das im Detail funktioniert, zeigen neue Experimente. Wer zum Beispiel vor einem angekündigten Elektroschock die Hand des Partners halten darf, hat weniger Stress und leidet weniger unter Schmerzen.

Bei (nach eigener Aussage) „schwer Verliebten“ aktiviert schon ein Bildnis des oder der Angeschwärmten das Belohnungssystem im Gehirn. Wie wär’s also mit einer neuen generellen Verordnung für alle Klinikpatienten? Ein Partnerbild



**FELICIO TOMINTARE**  
*Felicio, du hast es schwer!*

auf dem Nachttisch spart Schmerzmittel ein und beschleunigt vielleicht sogar Entlassung. Nur müsste man vorher herauskriegen, ob die Partnerschaft auch glücklich ist. Vielleicht haben „dysfunktionale Beziehungsüberzeugungen“ ihr zugesetzt? So nannte der Wuppertaler Sozialpsychologe Manfred Hassenbrauck die übertriebenen Erwartungen ans Leben zu zweit. („Wir müssen in allem übereinstimmen.“ – „Es muss bei uns immer harmonisch zugehen.“) Die möglichen Folgen stehen, schlicht zusammengefasst, am Ende eines Tucholsky-Gedichtes: „Varbrühte Milch und Langeweile.“

Vielleicht hilft da Oxytocin? Als (auch) Bindungs-Hormon bietet es laut Beate Ditzen eine Firma an. Moderne Variante des alten Liebestrankes? – Bis nächstes Jahr, Sophie Charlotte! Ihr Salon ist immer wieder faszinierend in seiner Vielfalt. Aber kommen Sie frühzeitig, viele mussten diesmal stehen!

Rosemarie Stein

# BERLINER ÄRZTE

3/2013 50. 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.)  
Michaela Peeters, M. A.  
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
Dr. med. Svea Keller  
Univ. Prof. Dr. Harald Mau  
Dr. med. Bernd Müller  
Dr. med. Gabriela Stempor  
Dr. med. Kilian Tegethoff  
Julian Veelken  
Dr. med. Elmar Wille  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelgestaltung Sehstern, Berlin unter Verwendung  
von fotolia@instantly

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 € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784