

BERLINER ÄRZTE

11 / 2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztelammer Berlin

RZT

Ambulant, aber angestellt

Wenn Ärzte Arbeitgeber
für Kollegen werden.

Patientenorientierung statt Finanzierungsdebatten!



Dr. med. Günther Jonitz
(Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

Die Bundestagswahlen sind gelaufen. Wir bekommen einen neuen Gesundheitsminister bzw. eine neue Gesundheitsministerin. Welcher Partei diese/r angehören wird und welche politische Linie damit verbunden sein wird, ist aktuell noch nicht erkennbar. Fest steht, dass die gesundheitspolitischen Grundlinien von SPD und Bündnis 90/Die Grünen sehr weit von den Vorstellungen der CDU/CSU entfernt sind. Sollte also einer der beiden zu erwartenden kleineren Koalitionspartner die Verantwortung für das Gesundheitsministerium bekommen, sind Konflikte vorprogrammiert: entweder innerparteilich Konflikte zwischen den Vorgaben der jeweiligen Koalitionspartei einerseits und der Notwendigkeit einer pragmatischen Gesundheitspolitik andererseits, oder eine neue Konfliktlinie zwischen dem Gesundheitsministerium und dem Bundeskanzleramt entsteht. So oder so wird in der nächsten Legislaturperiode Gesundheitspolitik keine beschützte Werkstatt werden.

Überhaupt verwundert es doch sehr, dass sich die gesundheitspolitischen

Hierarchen vorwiegend über die Finanzierung gestritten haben. „Bürgerversicherung!“ verlangen die einen als ein Instrument der angeblichen Gleichbehandlung und wirtschaftlichen Umverteilung. „Beibehaltung des bisherigen dualen Systems aus GKV und PKV“ mit leisen strukturellen Reformen fordern die anderen. Sicher ist die Frage der Finanzierung des Gesundheitssystems eine besonders wichtige. Inwieweit die eine oder andere Form tatsächlich nachhaltig ist, bleibt aus meiner Sicht solange rein akademisch, solange nicht alle Aspekte, die zu Kosten und Ausgaben beitragen, berücksichtigt sind. Ob Geld in der Kasse ist, hängt ja nicht nur davon ab, ob Geld herein kommt, sondern auch, an welcher Stelle es wie ausgegeben wird. Hier bleibt festzuhalten, dass nur ein verschwindend geringer Anteil der monatlichen Krankenkassenbeiträge tatsächlich bei den Berufsgruppen landet, die die persönliche Verantwortung für das Wohl und Weh kranker Menschen tagtäglich übernehmen. So bleiben von 100 Euro Krankenkassenbeitrag ca. 16 Euro für den Bereich der ambulanten Versorgung; abzüglich 50 % Praxisaufwand bleiben 8 Euro für den ambulant tätigen Arzt/die ambulant tätige Ärztin übrig. Die Zahlen für den ärztlichen Dienst im Krankenhaus sehen dabei nicht wesentlich besser aus.

Eine neue Regierung ist dringend aufgefördert, das „Teile und Herrsche – Spiel“

zu beenden und eine Gesundheitspolitik zu ermöglichen, die sich tatsächlich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Dies geschieht idealerweise auf der Ebene der regionalen, wohnortnahen Versorgung. Gesundheitliche Probleme sehen in der Uckermark anders aus als in Neukölln und dort wiederum anders als im Grunewald. Ausgaben für Gesundheitsversorgung müssen sich daran bewerten lassen, ob für den Patienten tatsächlich ein Zusatznutzen entsteht. Die Nutzenbewertung, die bereits im Bereich der Arzneimitteltherapie erfolgt, darf gerne auf andere Bereiche, Medizinprodukte und medizinische Verfahren angewandt werden. Und selbstverständlich gehört auch eine Nutzenbewertung der vom Gesetzgeber veranlassten Qualitätssicherungsmaßnahmen und anderer bürokratischer Auflagen dazu.

Dies alles fordert Umsicht, Ausdauer und eine kluge politische Führung. Wer als Minister/Ministerin dafür am besten geeignet ist, werden wir erfahren und unseren Teil dazu beitragen, dass die Gesundheitspolitik zumindest gut informiert, wenn nicht sogar inhaltlich unterstützt wird.

Mit herzlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Günther Jonitz

G N U H C E P S E B H C U B

Brandenburgs Herrenhäuser – Befunderhebung

Ingrid Reisinger: *Bekannte, unbekannte und vergessene Herren- und Gutshäuser im Land Brandenburg*. Stapp-Verlag, Berlin 2013, 2 Bde im Schuber, 796 Seiten, ca. 1.200 Abb., geb. 58 EU

Die Dorfleute sprachen gern vom „Schloss“, aber nur eine Minderheit der Guts- und Herrenhäuser rechtfertigte diesen Namen. Gleichwohl sind ansehnliche Bauten aller Epochen und Stile darunter. Die Mehrzahl aber war bescheiden wie der niedere Landadel der Mark mit ihren armen Sandböden. Unter der Parole der DDR-Bodenreform „Junkerland in Volkes Hand“ wurden die Besitzer dennoch enteignet, ihre Häuser zweckentfremdet und dabei achtlos misshandelt oder auch mutwillig zerstört. Selbst den kostbaren Fliesensaal im Schloss Caputh verschonte man nicht: Die holländischen Fliesen einer Wand wurden für ein Rohrsystem brutal zerschlagen.

Das vorliegende Buch lässt sich als Ansatz einer Wiedergutmachung betrachten. Es hat zwei bemerkenswerte Besonderheiten: Erstens ist dies die bisher umfassendste Bestandsaufnahme in Wort und Bild, denn auch die unscheinbaren und kaum noch erkennbaren Bauten wurden hier aufgespürt. Zweitens kommt die Autorin nicht aus der Denkmalpflege, der Architektur- oder Kunstgeschichte. Die Medizinprofessorin Ingrid Reisinger (nach der Wende Ärztliche Direktorin der Charité) nutzte die ersten fünf Jahre ihres Ruhestandes zu einer ganz neuen Aufgabe. Assiiert von ihrem Ehemann Walter Reisinger (gleichfalls emeritierter Charitéprofessor) fuhr sie auf Spurensuche kreuz und quer durch die Mark Brandenburg.

Das Ergebnis ist von erheblicher Professionalität, auch wenn der Autorin aufwendige Archivarbeit nicht möglich war. Stattdessen befragte sie alte Dorfbewohner und neue Besitzer – und nicht zuletzt Fontane. Die „Feldforschungen“ waren zum Teil Detektivarbeit, berichtete die Autorin auf Anfrage von BERLINER ÄRZTE. Sah dort eine Schule nicht eher aus wie ein Gutshaus? Und so ein Schornstein musste doch zu einer Brennerei gehört haben, diese wiederum zu einem Gut? Schon allein quantitativ imponieren die Reisingerschen Funde; zwischen 2008 und 2013 wurden 887 Bauten in 840 Orten aufgesucht und in den beiden Bänden dokumentiert. Einige kamen nach der Veröffentlichung noch hinzu – Work in Progress? Die offizielle Denkmalliste des Landes Brandenburg, die in der Reiseliteratur immer wieder zitiert wird, enthält nur etwa 500 Bauten. Genaue Zahlen existieren nicht, umfassende Darstellungen der Burgen, Schlösser, Herren- und Gutshäuser gibt es nur für Teltow-Fläming und das Havelland.

Die kurzen, aber informativen Texte über die einzelnen Bauten samt Fotos der Autorin selbst (und historischen Farblithos von Duncker) sind nach Landkreisen gegliedert, aber Berlin und Potsdam sind wegen ihrer Bekanntheit nicht eingeschlossen. Ortsregister erschließen die Bände, ein Literaturverzeichnis führt weiter. Beschrieben werden Baugeschichte, Besitzverhältnisse, wechselnde Nutzungen, derzeitiger Zustand der Häuser, von Vandalismus bei Leerstand bis zu liebevoller Restaurierung. Kleine persönliche Beobachtungen lockern die Lektüre auf und machen Lust, die beiden Bände zu Entdeckungen auf Ausflügen zu nutzen. – Neues ist einem Vortrag zu entnehmen, den Ingrid Reisinger kürzlich vor der landesgeschichtlichen Gesellschaft für die Mark hielt: 70 Prozent der Herren- und Gutshäuser werden genutzt, die meisten von Ihnen sind saniert, und 60 Prozent befinden sich in einem sehr guten Zustand.

R. Stein



TITELTHEMA.....

PR XIS

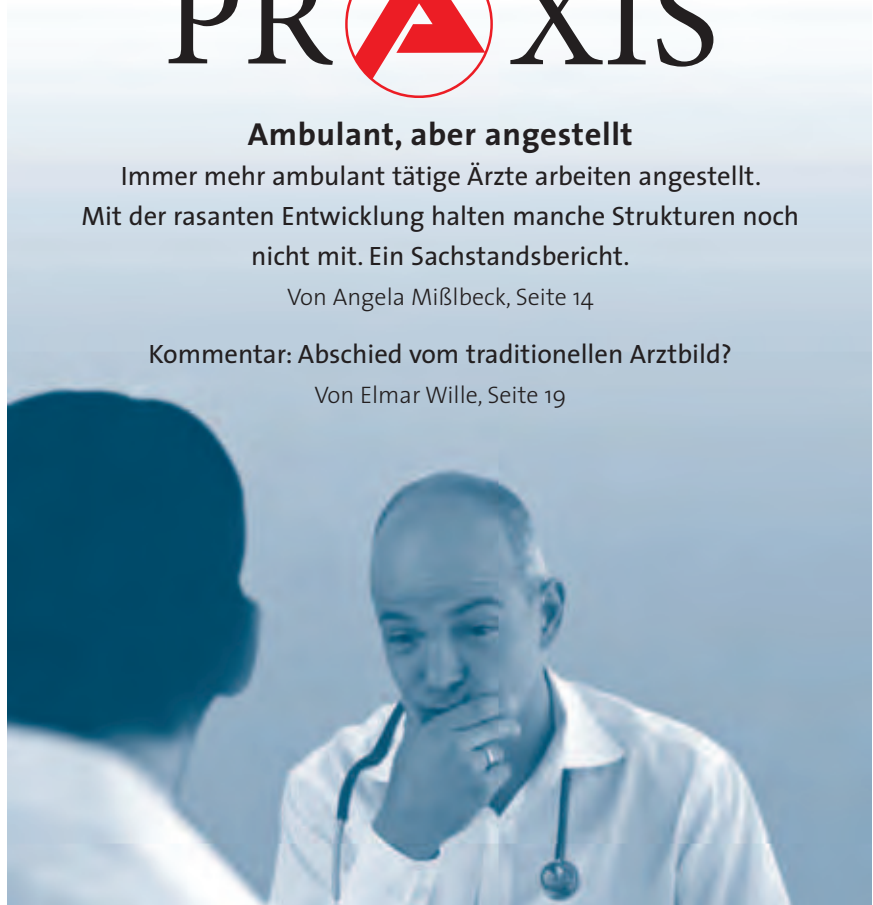
Ambulant, aber angestellt

Immer mehr ambulant tätige Ärzte arbeiten angestellt. Mit der rasanten Entwicklung halten manche Strukturen noch nicht mit. Ein Sachstandsbericht.

Von Angela Mißbeck, Seite 14

Kommentar: Abschied vom traditionellen Arztbild?

Von Elmar Wille, Seite 19



EDITORIAL.....

Patientenorientierung statt Finanzierungsdebatten!

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

Epidemiologische Fakten zur häufigsten Krebserkrankung bei Männern: Prostatakrebs

Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Vertreterversammlung beschließt moderate Rentenerhöhung

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 26. September 2013

Von Sascha Rudat.....22

Ärztliche Aufgabe: Suizidprävention

Von Rosemarie Stein.....30

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....20

PERSONALIEN.....

In memoriam Helmut Coper.....28

BUCHBESPRECHUNG.....

Reisinger, Ingrid: Bekannte, unbekannte und vergessene Herren- und Gutshäuser im Land Brandenburg.....4

FEUILLETON.....

Das Meretlein – hundert Von Rosemarie Stein.....29

Aktionsbündnis vergibt Preis für Patientensicherheit

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) vergibt 2014 erstmals den Deutschen Preis für Patientensicherheit an Einrichtungen im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern. In Zusammenarbeit mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, dem Gesundheitsunternehmen MSD SHARP & DOHME GmbH und dem medizinischen Fachverlag Thieme werden drei Ehrungen vorgenommen. Die mit insgesamt 19.500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich an Kliniken und Praxen, aber auch an Apotheken, Healthcare-Anbieter, Gesundheitsämter und Krankenkassen. Die Bewerbungsfrist endet am 15. November 2013.

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll laut APS dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse in die Breite getragen werden. Er fördert zudem fach- und berufsübergreifende Lehre und

Bildung und honoriert Lösungen sowie neue Konzepte zur Vorbeugung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Fehlern. Um den Preis bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen, die Projekte für Patientensicherheit erfolgreich entwickelt und umgesetzt haben oder relevante Forschungsarbeiten zu diesem Thema in deutscher oder englischer Sprache.

Das APS verleiht den Deutschen Preis für Patientensicherheit erstmals auf seiner Jahrestagung im April 2014 in Hamburg. Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine Jury mit Vertretern aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheken, Selbsthilfe, Kostenträgern und Forschern. Der erste Platz ist mit 10.000 Euro, der zweite mit 6.000 Euro und der dritte Platz mit 3.500 Euro dotiert.

Hinweise zur Bewerbung finden Sie hier: www.aps-ev.de/deutscher-patientensicherheitspreis

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde im April 2005 unter starker Mitwirkung der Ärztekammer Berlin als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich

für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden. Mehr Informationen finden Sie unter: <http://www.aps-ev.de/index.php>.

Ziel sei es, durch Bildung, Forschung – zum Beispiel Fehler- und Schadens-Häufigkeit, Identifizierung der Ursachen – und aktiv

gelebte Sicherheitskultur die Patientensicherheit zu erhöhen.

„Nicht nur Ärzte und Pflegende, auch die Verantwortlichen des Gesundheitswesens und die Gesellschaft müssen hier umdenken und konstruktiv vorgehen, anstatt Ängste bei Patienten zu schüren“, erklärt Francois-Kettner, Geschäftsführende Vorsitzende des APS.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum am Urban

PD Dr. med. Christian Scholz, ehemals Oberarzt an der

Charité, ist seit dem 1. September 2013 neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie im Klinikum am Urban. Er löste Prof. Dr. med. Jörg Beyer ab, der das Klinikum auf eigenen Wunsch verlassen hat.

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

THEATER auf Rezept sucht Sponsoren

Seit November 2011 können Berliner Kinderärzte Kindern und Jugendlichen bei den Vorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J1 Gutscheine für einen kostenlosen Besuch einer Vorstellung im GRIPS Theater „verordnen“. Das Projekt „Theater auf Rezept“ wurde 2009 vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte in Kooperation mit dem Düsseldorfer Schauspielhaus unter der Schirmherrschaft von Peter Maffay gestartet.

Der finanzielle Einstieg der „Siemens Betriebskrankenkasse“ ermöglichte die bundesweite Ausweitung des Projektes, mittlerweile nehmen daran elf Städte teil. Dank der sehr engagierten Berliner Kinder- und Jugendärzte ist „Theater auf Rezept“ in Berlin so erfolgreich wie nirgends – und steht deswegen kurz vor dem Aus: Allein im ersten Jahr (2012) haben über 2.000 Kinder und Jugendliche – dank einer „Verordnung“ – das Angebot wahrgenommen und eine GRIPS-Vorstellung besucht, mit steigender Tendenz in diesem Jahr. Mit dem Erfolg kam die

Erkenntnis: Der Zuschuss des Sponsors „Siemens Betriebskrankenkasse“ ist für die Umsetzung des Projektes in Berlin in keiner Weise ausreichend. Obwohl die Ausgabe der Gutscheine im August gestoppt wurde, wird bis Jahresende ein Defizit von 7.500 Euro entstehen.

Um das Projekt in Berlin auf solide finanzielle Beine zu stellen, fehlt eine jährliche Summe von 28.000 Euro. Mit dieser Summe könnten alle Berliner Praxen mit ausreichend Materialien ausgestattet und die Vergütung der eingereichten Gutscheine garantiert werden. Aus diesem Grund suchen der LV Berlin-Brandenburg der Kinder- und Jugendärzte und das GRIPS Theater für den Standort Berlin zusätzliche Sponsoren und Spender.

Ansprechpartner:

Dr. Ulrich Fegeler
Bundespressesprecher des
Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte
Tel. 030/3626041



RM | Sebestern (Nach einem Plakat für das GRIPS Theater Berlin)

Mail: ulbricht.fegeler@t-online.de
Dr. Klemens Senger
Vorsitzender des Landesverbandes
der Kinder- und Jugendärzte
Tel. 030/616752840
Mail: praxis.senger@snafu.de

Spendenkonto

Bei der Stiftung „Kind und
Jugend“ im Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte:

Bayerischer Hypo-Vereinsbank
Vermerk: „Grips Theater“
Bankleitzahl: 360 201 86
Konto-Nummer: 363 74 8600

Spendenquittungen erhalten Sie
direkt von Sabine Kubis
(Buchhaltung Stiftung):
0221/68 909 20

oder per Mail:
Sabine.Kubis@uminfo.de

Kurs

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2014 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: 09./10.05.2014 / Modul II: 23./24.05.2014 / Modul III: 27./28.06.2014 (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 € / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@ae kb.de, Tel: 030/40806-1203

Kurs

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin: Samstag, 30. November 2013, 9 - 17:30 Uhr

Kursleitung:

Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Kursgebühr: 100 Euro (inkl. Verpflegung), 8 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 40806 1215, E-Mail: fb-aag@ae kb.de

2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



TERMIN: Samstag, 23. November 2013, 9.00 – 16:40 Uhr **ORT:** Ärztekammer Berlin

Der 2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist die Fortsetzung des erstmals im Dezember 2012 mit durchweg positiver Resonanz durchgeführten 1. Fortbildungskongresses, der sich explizit mit dem Thema „Sauberes Wissen in der Medizin“ befasst hat. Ziel des diesjährigen Kongresses ist es, den Teilnehmern ein Update zu ausgewählten Themen zu geben und die Fragen: „Was gibt es Neues? Welche neuen Therapiekonzepte leiten sich daraus ab?“ zu beantworten. Wir möch-

ten Ihnen wieder die Möglichkeit geben, sich frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter, auf höchstem Niveau und in ansprechender Weise über Entwicklungen und den aktuellen Stand der gesicherten medizinischen und ärztlichen Erkenntnis zu Problemen der Patientenversorgung zu informieren und auszutauschen. Der Kongress beginnt mit Vorträgen von Prof. Ludwig zum Thema „Unabhängige Arzneimittelinformation“ sowie von Prof. Donner-Banzhoff zum Thema „Methodenkompetenz“. In den vier sich anschließenden parallelen Workshops mit den Schwerpunktthemen

- Therapeutisches Team in der Praxis
 - Diabetes mellitus Typ 2
 - ADHS – vom Schulkind bis ins Erwachsenenalter – Medikalisierung sozialen Verhaltens oder leitliniengestützte Therapie?
 - Rationale Antibiotika-Therapie steht die Erarbeitung und Beantwortung der Frage im Vordergrund „Was muss man wissen, damit man „sicher“ entscheiden kann, ob eine bestimmte Therapie oder ein bestimmtes Medikament für den Patienten geeignet ist?“
- Im abschließenden Vortrag wird Herr Dr. Blank als niedergelassener Allgemeinmediziner das Praxis-Projekt „Lebensqualität im Alter“ vorstellen.

Wir freuen uns auf Ihre Voranmeldung unter fortbildungskongress@aekb.de (Tel. 030 – 40806 1205). Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Kongressleitung
Dr. med. Günther Jonitz, Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Dr. med. Matthias Brockstedt, Stephan Bernhardt

Kongressorganisation
Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung
Dr. med. Henning Schaefer, Andrea Hofmann

Teilnehmerentgelt
45 EUR Kammermitglieder
65 EUR Nichtkammermitglieder
9 Fortbildungspunkte

Epidemiologische Fakten zur häufigsten Krebserkrankung bei Männern: Prostatakrebs

Aus Anlass des Europäischen Prostata-tages am 15.09, der seit 2005 jährlich von Urologen- und Patientenverbänden genutzt wird, um über Erkrankungen der Prostata und mögliche Früherkennungsmaßnahmen und Behandlungen zu informieren, hat das Gemeinsame Krebsregister (GKR) der neuen Bundesländer und Berlin aktuelle Daten zum Prostatakrebs im Land Berlin zusammengestellt.

Für das Jahr 2010 wurden für Berlin 1.667 Neuerkrankungen und 471 Todesfälle registriert. Im gesamten Bundesgebiet waren es laut GEKID-Schätzung im gleichen Zeitraum 64.476 Neuerkrankungen und laut Amtlicher Todesursachenstatistik 12.676 Sterbefälle. Für Berlin waren das rund 20% der Krebsneuerkrankungen und 10% der Krebstodesfälle bei Männern. Das entspricht altersstandardisierten Raten von 74,4 Neuerkrankungen und 20,9 Todesfällen je 100.000 (Europastandard).

Berlin weist damit im Vergleich zum restlichen GKR-Gebiet (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen) mit einer Inzidenz von 106,8 je 100.000 sowie im



Vergleich zum Bundesgebiet mit einer geschätzten Inzidenz von 109,2 je 100.000 (ESR) die niedrigste Neuerkrankungsrate auf. Das könnte sowohl mit einer geringeren Teilnehmerate an Früherkennungs- und Screeningmaßnahmen erklärt werden als auch durch eine zu niedrige Melderate. Für letzteres spricht der im Vergleich zum restlichen GKR-Gebiet erhöhte Anteil von Krebsfällen, die nur vom Leichenschauchein bekannt sind (dem so genannten DCO-Anteil). Dieser lag im GKR-Gebiet ohne Berlin 2010 bei 6,2% und in Berlin bei 15,4%. Passend dazu unterscheiden sich die Mortalitätsraten zwischen Berlin, dem GKR-Gebiet ohne Berlin und der Bundesrepublik nur unwesentlich. Im Jahr 2010 waren sie fast identisch und lagen zwischen 20,0 und 20,9 Todesfällen je 100.000 (ESR).

Die geschätzte 10-Jahres-Prävalenz des Prostatakrebs betrug in 2010 für Berlin 15.000. Da Prostatakrebs nur äußerst selten vor dem 45. Lebensjahr auftritt (im

Zeitraum 2001 bis 2010 wurden dem GKR nur 25 solcher Fälle bekannt) bedeutet das: 2% aller Berliner Männer über 45 Jahre leben mit der Diagnose Prostatakarzinom.

Obwohl sich bei der Inzidenz kein signifikanter Trend (weder steigend noch sinkend) zeigt, wird die Prävalenz zukünftig wahrscheinlich noch steigen, denn Prostatakrebs ist mittlerweile sehr gut zu therapieren, der Mortalitätstrend in Deutschland sinkt, die Überlebensraten steigen. Lagen die relativen 5-Jahre-Überlebensraten in Ostberlin für 1961 bis 1965 erkrankte Männer noch bei 25%, so überlebten die in den Jahren 1980 bis 1984 aufgetretenen Fälle bereits zu 44%. Aktuell erkrankte Patienten im Land Berlin (2001 bis 2005 diagnostiziert) weisen über alle Stadien sogar eine relative 5-Jahre-Überlebensrate von 93% auf. Tumorpatienten in den UICC-Stadien 1 bis 3 überleben mittlerweile mindestens so gut wie die nicht erkrankte Bevölkerung und auch von den erst im fortgeschrittenen Stadium diagnostizierten Fällen, überleben mehr als 50% die ersten 5 Jahre nach Diagnose.

Interview

„Wir brauchen unbedingt 80 Prozent Compliance bei der Händehygiene.“

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Rahmen ihrer Hygiene-strategie die „Aktion Saubere Hände“ ausgezeichnet. Die deutschland-weite Kampagne wird von der Charité Berlin federführend koordiniert. BERLINER ÄRZTE sprach darüber mit Professor Dr. Petra Gastmeier, Leiterin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité.

BERLINER ÄRZTE: Herzlichen Glückwunsch zu der WHO-Auszeichnung zum „Global Hand Hygiene Expert Centre“, Frau Professor Gastmeier! Was bedeutet diese Auszeichnung für Sie und für die „Aktion Saubere Hände“?

Professor Petra Gastmeier: *Eines möchte ich vorausschicken: Die Ehre gebührt nicht mir, sondern vor allem Frau Dr. Christiane Reichardt und dem Team der „Aktion Saubere Hände“. Sie haben die Hauptarbeit geleistet. Die Auszeichnung der WHO ist die erste Anerkennung auf diesem Feld für eine Einrichtung in Europa. Im vergangenen Jahr wurde eine Institution in Asien ausgezeichnet. In Europa sind wir die größte Kampagne und zugleich die einzige, die kontinuierlich gearbeitet hat. Dagegen beschränkt sich zum Beispiel die belgische Händehygienekampagne auf einige Aktionswochen im Jahr.*

BÄ: Anlass für eine Zwischenbilanz: Was ist seit dem Start der Händehygienekampagne im Jahr 2008 erreicht worden?

Gastmeier: *Die Kampagne hat vor allem den Stellenwert der Händehygiene gesteigert, und zwar nicht nur in Krankenhäusern. Das Thema hat auch Relevanz in der breiten Bevölkerung. Denn einerseits müssen im Krankenhaus auch Besucher auf Händehygiene achten. Andererseits weiß man inzwischen, dass zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen in Grippezeiten die*

Infektionsraten niedriger sind, wenn die Kinder immer zum Händewaschen angehalten werden. In den teilnehmenden Krankenhäusern haben die Hygienefachkräfte durch die Kampagne Rückenwind erhalten. Für sie ist es einfacher, gewisse Maßnahmen umzusetzen, seit das Thema sozusagen von außen einen hohen Stellenwert erhalten hat. Konkret unterstützen wir die Mitarbeiter in der Hygiene, egal ob Ärzte oder Pflegepersonal, durch unsere Einführungskurse, mit Material, Informationen über die Barrieren gegen Händehygiene und Tipps und Tricks, wie sie die überwinden können.

BÄ: Wie überprüfen Sie den Erfolg ihrer Kampagne?

Gastmeier: *Sie können eine solche Kampagne nicht leisten, wenn Sie nicht ein Messinstrument einführen. Wir haben zwei. Mit Compliance-Beobachtungen in den Krankenhäusern lässt sich messen, wie oft Händehygienegelegenheiten genutzt werden. Beobachtet man vor einer Intervention und danach, welchen Anteil einer bestimmten Anzahl von Gelegenheiten zur Händedesinfektion die Mitarbeiter einer Station nutzen, lässt sich der Erfolg der Intervention beziffern. Ein zusätzlicher Vorteil dieser Compliancebeobachtungen ist, dass sich mit ihnen auch feststellen lässt, ob die Händehygiene bei den richtigen Indikationen vorgenommen wird. Das zweite Messinstrument ist der Ver-*



Prof. Petra Gastmeier (re.) und ihr Team werden mit der Anerkennungstafel der WHO für die Charité als „Global Hand Hygiene Expert Centre“ ausgezeichnet.

brauch an alkoholischem Händedesinfektionsmittel. Dieses Instrument ist in allen teilnehmenden Krankenhäusern eingeführt worden. Es ist nicht aufwändig, weil die nur die Verbrauchsdaten pro Station vom Einkauf bezogen werden müssen. Die verbrauchte Desinfektionsmittelmenge wird auf die Anzahl der Patiententage bezogen. Das Ergebnis kann sich sehen lassen: In den Häusern, die von Anfang an mitmachen, ist der Verbrauch um 61 Prozent gestiegen. Das ist eine ganze Menge.

BÄ: Mit 1300 beteiligten Einrichtungen ist die deutsche Händehygienekampagne zwar die größte weltweit. Aber etwa die Hälfte der Krankenhäuser in Deutschland machen noch nicht mit. Weshalb?

Gastmeier: *Ungefähr 900 Krankenhäuser machen mit, die anderen Einrichtungen sind Pflegeeinrichtungen aber auch ambulante Arztpraxen. Immerhin nimmt die Hälfte der Akutkrankenhäuser teil. Ich kenne keine andere freiwillige Kampagne, der sich so viele Häuser angeschlossen haben. Und wir führen weitere Einführungskurse durch. Es ist kein*

Stillstand eingetreten. Es werden immer mehr.

BÄ: Wo gibt es noch Defizite?

Gastmeier: *Wie Sie sagen: Es machen noch nicht alle mit. Das andere ist: Die Compliance zur Händehygiene reicht noch nicht aus. Die meisten Krankenhäuser liegen bei 50 bis 60 Prozent Compliance. 100 Prozent wird man wahrscheinlich nie erreichen, aber ich denke, wir müssen unbedingt mindestens 80 Prozent erreichen, damit in den Krankenhäusern die Ausbreitung von Infektionen sicher verhindert werden kann. Davon sind wir noch ein ganzes Stück entfernt. Auf der anderen Seite muss man auch bedenken, dass Händehygiene auch stark durch Gewohnheiten beeinflusst ist, und Sie wissen, wie schwer es ist, Gewohnheiten zu ändern. Das braucht längere Zeit. Wichtig ist dafür auch die Vorbildwirkung.*

BÄ: Was ist dazu für die Zukunft geplant?

Gastmeier: *Wir haben schon einige Ideen für neue Maßnahmen. Die wollen wir im November mit unserem wissenschaftlichen Beirat beraten.*

Das Interview führte Angela Mißbeck.

Symposium

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

Tödlich trotz Hightech-Medizin – Infektionskrankheiten im 21. Jahrhundert

Weltweit sind die Infektionskrankheiten die häufigste Todesursache und auch in den Industrienationen (wieder) ein ernst zu nehmendes Problem. Hauptursache ist die zunehmende Resistenzentwicklung der Erreger, sodass keine kausale Therapie möglich ist. Wo durch medizinischen Fortschritt und Hochleistungsmedizin fast alles machbar zu sein scheint, entstehen vor dem inneren Auge plötzlich Bilderwelten „alter Seuchen“, und wir fühlen uns zurückgeworfen in die Zeit vor der mikrobiologischen Ära. Die Evangelischen Akademien zu Berlin und Sachsen-Anhalt sowie die Akkon-Hochschule für Humanwissenschaften laden herzlich ein zu einem interdisziplinären Symposium zur aktuellen Situation der Infektionskrankheiten. In Vorträgen und Diskussionen sollen grundlegende Positionen von Medizin, Public Health, Gesundheitspolitik sowie sozioethische, historische und kulturwissenschaftliche Reflexionen einander ergänzen und eine breite Perspektive auf zukünftige Herausforderungen und ihre Begegnungen ermöglichen.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Dr. Timo Ulrichs



Termin: 02. und 03. Dezember 2013

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstraße 27-28, 14129 Berlin

Anmeldung:

Evangelische Akademie Sachsen-Anhalt,
E-Mail: info@ev-akademie-wittenberg.de, Tel.: 03491-498840;
Tagungsbeitrag: 90 Euro, erm. 70 Euro; 13 Fortbildungspunkte

Verbände

Landesverband Geriatrie Berlin konstituiert

In Berlin hat sich kürzlich mit dem Landesverband Geriatrie Berlin eine weitere regionale Vertretung von Trägern der geriatrischen Versorgung konstituiert. Dem neugegründeten Landesverband gehören eigenen Angaben zufolge derzeit 18 Einrichtungen an, die zugleich Mitglieder des Bundesverbands sind. Vorsitzender des aus drei Personen bestehenden Vorstands ist Dr. Eric Hilf (Sana Klinikum Lichtenberg). Ihm stehen als Stellvertreter Dr. Christian Stofft (Sankt Gertrauden Krankenhaus) sowie Dr. Rainer Koch (Krankenhaus Hedwigshöhe) zur Seite. Außerdem wird der Vorstand durch die Beisitzer Prof. Dr. Hans-Peter Thomas und Uta Weirauch ergänzt.

„Mit der Konstituierung des Landesverbands Berlin wird die geriatrische Versorgung in der Bundeshauptstadt weiter profiliert“, erklärte der Geschäftsführer des Bundesverbandes, Dirk van den Heuvel. Zugleich werde damit die Möglichkeit geschaffen, die sehr gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Behörden und Institutionen in der Bundeshauptstadt auch auf Landesebene zu intensivieren und weiterzuentwickeln. „Gerade angesichts der demografischen Entwicklung gehört eine fachgerechte geriatrische Versorgung zu den großen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen der kommenden Jahre. Dem trägt die Gründung des Landesverbandes Berlin Rechnung.“



„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mitbetroffen. 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 Inter-

vention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 30.11.2013 (10-16 Uhr) sowie am 04.12.2013 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt.

Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.

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; Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten (30.11.2013) bzw. mit 3 Fortbildungspunkten (04.12.2013) der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Ambulant, aber angestellt

Immer mehr ambulant tätige Ärzte arbeiten angestellt. Mit der rasanten Entwicklung halten manche Strukturen noch nicht mit. So tun sich zwischen Zulassungs- und Arbeitsrecht nach wie vor Widersprüche auf. Und auch die Verbändelandschaft stellt sich erst langsam auf Arbeitnehmer und Arbeitgeber in der ambulanten Medizin ein.

Von Angela Mißlbeck



Bundesweit ist inzwischen fast jeder siebte Arzt in der ambulanten Medizin angestellt tätig. Das geht aus der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) hervor. Mehr als 20.000 angestellte Ärzte zählte sie Ende 2012 (siehe Grafik).

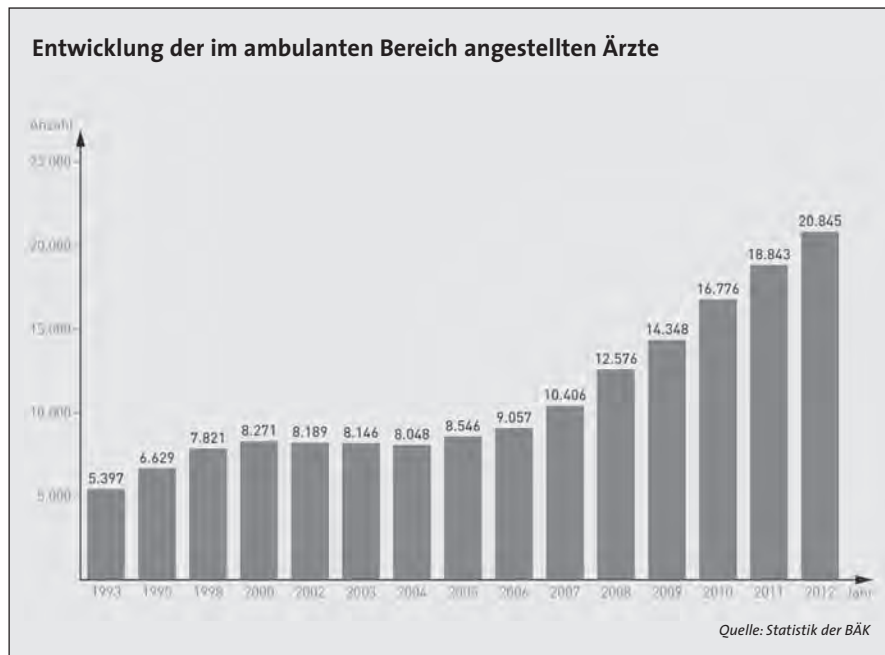
Berlin scheint wie so oft eine Vorreiterrolle zu übernehmen. Von 7.544 ambulant tätigen Ärzten in der Hauptstadt sind dem Berliner KV-Blatt zufolge 1.664 nicht selbst niedergelassen. Das entspricht einem Anteil von 22 Prozent – mehr als ein Fünftel.

Die ambulante Arzttätigkeit ändert sich

Die Entwicklung ist rasant, besonders seit 2007 mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Anstellung von Ärzten in Praxen ermöglicht wurde. Rund 2.000 angestellte Ärzte mehr verzeichnet die BÄK bundesweit seitdem jedes Jahr. Niedergelassene Ärzte machen offenbar reichlich Gebrauch von ihrem Recht, Arbeitgeber für Kollegen zu sein. Denn sie beschäftigen in ihren Praxen inzwischen ungefähr genauso viele Ärzte wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Knapp 9.200 angestellte Ärzte in Praxen weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Ende 2012 aus. Sie zählt dabei nur Fachärzte. Gut 4.300 von ihnen arbeiten einer anderen KBV-Statistik zufolge in Gemeinschaftspraxen als Angestellte mit. Die Mehrheit ist demnach in Einzelpraxen angestellt. Ärzte in MVZ erfasst die KBV in dieser Arztstatistik nicht. Im MVZ-Survey für Ende 2011 hat sie 8.662 Angestellte in MVZ registriert. Die wachsende Zahl ambulanter Weiterbildungsassistenten ohne Facharztstatus taucht in der KBV-Statistik nirgends auf.

Die Zahlen sprechen eine klare Sprache: Die ambulante Arzttätigkeit ändert sich. Doch der rechtliche Rahmen für ihre Ausübung hält mit dieser Entwicklung nicht Schritt. „Die formalen Rechtsanpassungen hinken hinterher“, sagt der Berliner Medizinrechtler Rechtsanwalt Uwe



Scholz. Probleme gibt es immer wieder mit Zulassungs- und Arbeitsrecht. Trotz einiger Anpassungen der Zulassungsverordnung, sind viele Bestimmungen nicht kompatibel. In vielen Fällen wurde in die bestehenden Regelungen eingefügt, dass sie auch für angestellte Ärzte in der ambulanten Medizin gelten – ohne Rücksicht darauf, dass diese Ärzte aus dem Arbeitsrecht Ansprüche ableiten können, die sich stellenweise mit dem Zulassungsrecht beißen. Das kann die Arbeitgeber mitunter in die Bredouille bringen.

Formales Recht hinkt hinterher

Problematisch wird es meist, wenn ein angestellter Arzt freigestellt wird, egal aus welchem Grund. Das klassische Beispiel: Eine angestellte Ärztin wird Mutter und will volle drei Erziehungsjahre in Anspruch nehmen. Das steht ihr nach dem Arbeitsrecht zu, inklusive Rückkehrgarantie an ihren Arbeitsplatz. Die Ärzte-Zulassungsverordnung sieht aber im Zusammenhang mit einer Entbindung nur für ein Jahr eine Vertretungsmöglichkeit vor (§32 Ärzte-ZV). Für die restliche Zeit muss ein Sicherstellungs-

assistent beantragt werden. Den muss die zuständige Kassenärztliche Vereinigung erst genehmigen. Gar keine Regelungen sind für die Elternzeit von Vätern und für die Pflegezeit im Zulassungsrecht getroffen. Auch eine stundenweise Vertretung ist nicht vorgesehen. In diesem Zusammenhang steht die nächste Unklarheit: Was passiert, wenn ein angestellter Arzt nach langer Krankheit nach dem Hamburger Modell langsam wieder einsteigen will? Oder ein ganz anderer Fall: Wie geht es für die Praxis weiter, wenn ein angestellter Arzt suspendiert wird, weil er unter dem dringenden Verdacht steht, dass er eine Mitarbeiterin sexuell belästigt hat? Was, wenn einer freigestellt wird, weil das Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Arbeitgeber zerrüttet ist?

Die Zwickmühle zwischen arbeitsrechtlichen Ansprüchen der Angestellten und zulassungsrechtlich fehlenden Vertretungsansprüchen kann Arbeitgeber auch an den Rand der Legalität treiben. Schließen sie etwa einen unbefristeten Vertrag mit einem Vertretungsarzt und kündigen ihn unmittelbar nach der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss wieder, stehen sie schnell unter dem Verdacht des Abrechnungsbetrugs.

In der Praxis gibt es Wege

Rechtsanwalt Scholz rät den Zulassungsinhabern, ihr Problem offen mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu besprechen. Vieles lasse sich durch einen Antrag beim Zulassungsausschuss regeln. Tatsächlich sind die formaljuristischen Probleme in der Praxis oft unkompliziert zu lösen. Manche KVen haben ihre regionalen Bestimmungen auch schon ans Arbeitsrecht angepasst. Vor allem für die Elternzeitvertretung gibt es in einigen KV-Bezirken bereits passende Regelungen. Und in vielen anderen Fragen zeigen sie sich kulant.

Das ändert jedoch nichts daran, dass mit der wachsenden Zahl angestellter Ärzte in der Medizin immer häufiger zwei Rechtssysteme aufeinanderprallen, die nicht zusammenpassen. Darum fordert der Bundesverband der MVZ (BMVZ) von der neuen Bundesregierung dringend eine Novelle der Ärzte-Zulassungsverordnung. „Es ist ein Unterschied, ob ein MVZ auf die Kulanz der KV angewiesen ist, oder ob es einen Rechtsanspruch auf die Einsetzung einer Vertretung hat“, sagt der BMVZ-Vorsitzende Dr. Bernd Köppl.

Ärzte werden Arbeitgeber für Kollegen

Das gilt ebenso für niedergelassene Ärzte, die Kollegen beschäftigen. Einer



Foto: Bundesverband MVZ (BMVZ)

Dr. Bernd Köppl

» *Es ist ein Unterschied, ob ein MVZ auf die Kulanz der KV angewiesen ist, oder ob es einen Rechtsanspruch auf die Einsetzung einer Vertretung hat«*

von ihnen ist der Berliner Kinderarzt Dr. Bernhard König. Nach seiner Niederlassung in einer Einzelpraxis in Friedrichshain im Jahr 2005 ärgerte er sich immer wieder darüber, dass er die Eltern und Großeltern seiner kleinen Patienten bei Bedarf nicht mitbehandeln oder impfen durfte. Seine Lösung war das Konzept familycare. Dazu arbeitet er seit 2008 mit Allgemeinmedizinern zusammen. „Für mich war von Anfang an klar, dass ich mit angestellten Kollegen und nicht mit anderen Freiberuflern zusammenarbeiten will. Denn ich wollte meine Idee umsetzen, und dazu ist es gut, dass ich die Richtlinienkompetenz habe“, sagt der 55-Jährige selbstbewusst. Ein MVZ wollte König aber auch nicht gründen. Die Anforderungen an diese Versorgungsstruktur erschienen ihm zu bürokratisch. „Je einfacher und effektiver, desto bes-

ser“, war seine Devise. Also hat er in seiner Einzelpraxis, die inzwischen in große Räume in der Nachbarschaft umgezogen war, eine Allgemeinmedizinerin angestellt. Probleme mit dem Zulassungsrecht hatte König in fünf Jahren noch nicht. Seine erste Angestellte ist derzeit zum zweiten Mal in Elternzeit. „Das war alles unkompliziert“, sagt der Praxischef. Die Praxis wächst ständig. Inzwischen beschäftigt König zwei Allgemeinmediziner und eine Kinderärztin. Er will nicht ausschließen, dass er irgendwann vielleicht doch ein MVZ gründet, wenn die Praxis eine kritische Anzahl an Ärzten erreicht.

In allen arbeits- und zulassungsrechtlichen Fragen holt König sich Rat bei einem Fachrechtsanwalt. Einen Arbeitgeberverband in der ambulanten Medizin hat er bislang nicht vermisst. Doch eine



Foto: familycare

Dr. König (Mitte) mit seinen angestellten Kollegen

Plattform für den systematischen Austausch mit Kollegen, die wie er selbst Ärzte beschäftigen, würde er begrüßen. „Das ist bislang dem Zufall überlassen, ob man sich trifft“, sagt er.

In die Ärzteverbände kommt Bewegung

Das könnte sich bald ändern. Denn die ärztlichen Verbände beginnen langsam aber sicher, sich darauf einzustellen, dass Ärzte in der ambulanten Versorgung immer öfter auch Arbeitgeber für Kollegen und Arbeitnehmer sind. Allerdings mag sich noch kaum einer für eine Seite entscheiden.

Eine Ausnahme macht der Marburger Bund (MB), der als Gewerkschaft selbstverständlich die Angestellteninteressen vertritt und sich dazu nicht nur in der stationären, sondern auch in der ambulanten Versorgung berufen fühlt. „Wir sind die legitime Vertretung von angestellten Ärzten in Einzelpraxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ. Andere ärztliche Berufsverbände sind Mischformationen, die Arbeitgeber im ambulanten Sektor und angestellte Ärzte gleichermaßen vertreten wollen. Juristen sprechen hier von fehlender Gegenerfreiheit“, so Hauptgeschäftsführer Armin Ehl.

Fakt ist, dass die Klinikärztegewerkschaft schon jetzt oft angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung mit Rat und Tat zur Seite steht. Muster-Anstellungsverträge für Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte in MVZ bietet der Verband ebenso wie die Prüfung von Arbeitsverträgen und juristische Vertretung in arbeitsrechtlichen Auseinandersetzungen. Der Landesverband Berlin-Brandenburg des MB hat sich zudem in der Auseinandersetzung um den vermeintlichen Abrechnungsbetrug an einem MVZ des Helios-Klinikums Berlin-Buch vor rund zwei Jahren auch politisch für die Angestellten stark gemacht und darauf hingewiesen, dass zwischen Arzthaftungs-



Foto: Marburger Bund

Armin Ehl, MB-Hauptgeschäftsführer

» *Es darf kein Sondersystem geben, in dem allein der Arbeitgeber darüber entscheidet, wie Arbeits- und Entgeltbedingungen auszusehen haben. Wir lehnen tariflose Zustände ab*

recht und Arbeitsrecht Unstimmigkeiten bestehen, die angestellte Ärzte in die Breddouille bringen können. Für die Bundesebene sagt Ehl: „Uns erreichen täglich mehr Anfragen von Mitgliedern, die im ambulanten Bereich tätig sind.“

Wer soll die Arbeitgeber vertreten?

Als Gewerkschaft hat der MB schon qua Satzung nur angestellte Mitglieder. Ein weiterer Vorteil: Einige Ärzte sind schon während ihrer Krankenhaustätigkeit MB-Mitglied geworden und bleiben es dann erst einmal. Während also die Arbeitnehmervertretung geklärt scheint, bleibt die

Frage, wer die Arbeitgeber vertreten soll. Hier tun sich die Verbände offensichtlich schwer. Keiner will die meist jungen, angestellten Ärzte ausschließen. Das ist verbandspolitisch nicht verwunderlich, denn ein Verband, der sich dezidiert auf die Seite der Arbeitgeber schlägt, riskiert vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung, dass er weniger (jungen) Nachwuchs gewinnt.

Der einzige, der sich bislang bereit erklärt hat, die Rolle eines Arbeitgeberverbands zu übernehmen, ist der relativ neue Bundesverband niedergelassener Fachärzte (BVNF), der sich erst im Dezember 2012 aus dem Bayerischen Facharztverband heraus gegründet hat.



Foto: NAV-Virchow-Bund

Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes

» *Oftmals wollen sich Ärzte nach einer Zeit der Anstellung selbst niederlassen und suchen daher die Dienstleistungen unseres Verbands*



Foto: Hartmannbund

Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes

» Für ein Auftreten des MB als Arbeitnehmerorganisation fehlt hier schlicht der Gegenpart«

Sein Vorsitzender Dr. Wolfgang Bärtl betonte in einem Leserbrief an den ärztlichen nachrichtendienst (änd), der Verband sei im Wissen um die Entwicklung „als ‚Unternehmer-Verband‘ ausschließlich für selbständig, freiberuflich tätige Fachärzte gegründet“ worden. „Wir stehen bereit“, antwortete er auf die Frage: Wer vertritt die Arbeitgeber in der Niederlassung?

Ein klares Nein zu dieser Frage hört man dagegen von Hartmannbund und NAV-Virchowbund. Beide wollen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen offen bleiben. Auch sie unterstützen bereits angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung, zum Beispiel bei Gehaltsverhandlungen und im Arbeitsrecht. Ein steigender Anteil der Mitglieder komme aus dem angestellten Bereich, berichtet NAV-Chef Dr. Dirk Heinrich. „Oftmals wollen sich diese nach einer Zeit der Anstellung selbst niederlassen und suchen daher die Dienstleistungen unseres Verbands“, so Heinrich weiter. Auch der Hartmannbund legt Wert darauf, dass er bisher beide Seiten erfolgreich vertreten und beraten habe. Verbands-Chef Dr. Klaus Reinhardt spricht zugleich dem MB die Rolle als Arbeitnehmerverband in der ambulanten Versorgung ab. „Für ein Auftreten des MB als Arbeitnehmerorganisation fehlt hier schlicht der Gegenpart“, so Reinhardt.

Debatte um ambulante Arzttarife erhitzt die Gemüter

Vollends konträr zum MB sind die Positionen des Hartmannbunds zu Tarifstrukturen im ambulanten Sektor. „In Teilen Unvergleichbares können Sie nicht in einen einheitlichen Tarifvertrag zwingen“, so Reinhardt unter Verweis auf unterschiedliche Anforderungen in verschiedenen Fachgebieten oder Regionen. Es erscheine „weder sinnvoll noch umsetzbar, über rund 100.000 selbständig geführte Praxen in Deutschland mit ihren ganz spezifischen wirtschaftlichen Gegebenheiten einen Einheitstarif zu stützen“.

Dagegen hält MB-Hauptgeschäftsführer Ehl Tarifverträge im ambulanten Bereich für absolut sinnvoll und praktikabel. „Es darf kein Sondersystem geben, in dem allein der Arbeitgeber darüber entscheidet, wie Arbeits- und Entgeltbedingungen auszusehen haben. Wir lehnen tariflose Zustände ab“, so Ehl.

Wie konfliktbeladen dieses Thema ist, zeigt sich an der Debatte um die ambulante Weiterbildung, die in diesem Jahr beim Deutschen Ärztetag die Gemüter erhitzt hat. Der Kompromiss, der dort schließlich gefunden wurde, ist so fragil, dass an dem Beschlusssatz kein Wort verändert werden kann, ohne Gefahr zu lau-

fen, dass die eine oder andere Seite widerspricht. Wörtlich lautet er: „Den Weiterzubildenden in einer ambulanten Weiterbildungsstätte muss garantiert werden, dass sie mindestens die gleichen tariflichen Konditionen wie an einer stationären Weiterbildungsstätte vorfinden. Hierzu wird mit der für die im stationären Versorgungsbereich für die Tarifgestaltung ärztlicher Vergütungen maßgeblichen ärztlichen Organisation ein Vertrag abgeschlossen, der dies sicherstellt. Für die arbeitgeberseitige Vertragspartnerschaft wird zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und den betroffenen ärztlichen Berufsverbänden ein funktionsfähiges Organisationsmodell entwickelt.“

Neue Strukturen wachsen langsam

„Momentan sind wir dabei, ein solches Modell für den Bereich der Weiterbildung zu entwerfen. Die Arbeiten hierzu befinden sich noch ganz am Anfang“, teilte KBV-Sprecher Roland Stahl auf Nachfrage im September mit. Auch für die KBV steht fest, dass sie nicht als Arbeitgeberorganisation auftritt. „Als Körperschaft müssen wir per se die Interessen aller niedergelassenen Ärzte vertreten, egal ob sie angestellt oder in eigener Praxis tätig sind“, so Stahl. Weniger sicher ist für die KBV allerdings, dass der MB die Rolle der Arbeitnehmervertretung im ambulanten Sektor übernimmt. „Der Marburger Bund vertritt die Interessen der angestellten Ärzte in den Krankenhäusern. Er hat mit dem Bereich der Niederlassung nur wenige Erfahrungen. Es kann gut sein, dass sich hier eigene Strukturen herausbilden“, so Stahl weiter. Fest steht, dass Bewegung in die Verbände gekommen ist. Doch bis das vom Ärztetag geforderte arbeitgeberseitige Organisationsmodell funktionsfähig ist, wird noch Zeit ins Land gehen

Verfasserin:

Angela Mißlbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Abschied vom traditionellen Arztbild?

Die Statistik ist eindeutig, quasi ein säkularer Trend: Die Zahl der Ärzte und noch mehr der Ärztinnen nimmt zu. Der Anteil der selbstständig Tätigen, auch arbeitsrechtlich gesehen Freiberuflern, nimmt ab. Dieser Trend wird schon seit Jahren beobachtet, aber erheblich verstärkt seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz von 2007. Warum eigentlich? Es liegen doch reichlich soziologische Untersuchungen vor, dass die selbstständig Tätigen eher zufrieden sind und gern und länger ihren Beruf ausüben als angestellte Tätige, sowohl bezüglich Wochen- als auch Lebensarbeitszeit. Dies betrifft gleichermaßen die Selbstständigen aus dem Bereich der freien Berufe, wie Architekten, Rechtsanwälte, Steuerberater oder Tierärzte, wie auch jene aus dem Bereich des Handwerks oder der Technik, wie Meister oder Ingenieure. Für leitende Angestellte mit sehr viel Entscheidungsfreiheit ist es allerdings ähnlich wie bei den Selbstständigen. Die Freiheit der Berufsausübung wird offensichtlich vom Menschen sehr hoch geschätzt. Der ökonomische Misserfolg der sozialistischen Systeme mit ihren Planvorgaben von oben wird zu einem guten Teil diesem Umstand angelastet.

Damit kommen wir dann auch zum Thema der deutschen und auch europäischen Bürokratie mit ihrer Regulierungsdichte! Wer als Arzt und Selbstständiger bei der Zulassung zur Gesetzlichen Krankenversicherung den Papierberg mit den Gesetzesparagrafen in Empfang nimmt, ahnt, was auf ihn zukommt. Beginnt er dann mit seiner Arbeit, wird klar, viele Paragraphen regeln nicht Wildwucherndes, sondern behindern, ja strangulieren die Arbeit. Auch nach Abitur, Staatsexamen, Facharztweiterbildung und Zusatzqualifikation wird unter falschen Etiketten noch eine Menge an Hemmnissen aufgebaut, die die ärztliche Tätigkeit beschränken, erschweren, zum Teil unmöglich machen. Das daraus resultierende ökonomische Risiko wird

zusätzlich den Selbstständigen übergestülpt, während der angestellte Tätige davon frei ist. Klarer Punkt für den Angestelltenstatus. Ferner regeln Arbeitsrecht und Vertragsarztrecht wiederholt identische Sachverhalte sehr unterschiedlich, aber immer angestelltenfreundlich.

Das Beispiel „schwängere Ärztin“ zeigt dies auf frappierende Weise, denn eine angestellte Kollegin darf dreimal solange im Beruf pausieren, wie die selbstständig Freiberufler! Warum? Natürlich, weil die Angestellte als besonders Schutzbedürftige und im Sozialstatus schwache Person eingestuft wird, während beim Freiberufler offenbar der Gesetzgeber eine starke, belastbare Person vor Augen hat und flugs mit dem Sicherstellungsauftrag begründet und gefordert wird, was im Arbeitsrecht längst aufgegeben wurde. Gleiches gilt für den Umgang mit langer Krankheit des Arztes oder der Ärztin. Das spricht sich herum und hat Konsequenzen. Wenn dann zusätzlich noch in vielen Fachgebieten die Kapitalquote steigt und insbesondere Einzelpraxen durch höheren Fixkostenanteil immer weniger wirtschaftlich arbeiten können, bleiben als Ausweg natürlich nur Großstrukturen, öfter auch mit einer Hierarchie, also mit Arbeitgeber-Chef an der Spitze, der sogar eine „Richtlinienkompetenz“, reklamiert, die unsere Berufsordnung so nicht hergibt! Berufsrechtlich agiert der frisch approbierte Arzt, auch der angestellte, also nichtselbstständige, genauso freiberuflich wie sein Oberarzt oder Chefarzt. Sein Angestelltenstatus ist doch nur von arbeitsrechtlichem Belang. Diese Entwicklung und dieses Verständnis des freien Berufes bei den Vertragsärzten und bei den Angestellten verschiebt freilich das Leitbild unseres Berufsbildes immer weiter in Richtung eines Berufsbildes wie beim Industriearbeiter oder Sachbearbeiter. Wir kommen immer weiter weg vom § 1 Berufsärzteordnung: „Der Arztberuf ist seinem Wesen nach ein freier Beruf und kein

KOMMENTAR

Von Dr. Elmar Wille



Foto: K. Friedrich

Gewerbe.“ Da wundert es dann auch weniger, wenn ein großer Sozialversicherungsträger hier in Berlin Ärztinnen und Ärzte Arbeitsplätze in Großraumbüros zuweist und so das Patientengeheimnis im Telefonverkehr mindestens teilweise beseitigt. Was tun? Ja, ein nichtärztlicher Arbeitgeber ist an die ärztliche Berufsordnung nicht gebunden.

Die arbeitsrechtlich unselbstständige Tätigkeit erscheint oft komfortabler, entlastet von lästigem bürokratischen Aufwand und wird öfter bevorzugt, aber sie hat ihre berufspolitische Kehrseite, die langsam schleichend daher kommende Einschränkung der Berufsfreiheit. Dieses wird doch auch von manchen Kolleginnen und Kollegen wahrgenommen, wenn ich bei Diskussionen höre: „Der wirkliche Chef bei uns im Krankenhaus ist doch der Verwaltungsleiter.“ Sicher eine subjektive Wahrnehmung, aber sie bringt es auf den Punkt.

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 04.11.–13.11.2013 (Kursteil B1) 13.11.–22.11.2013 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 990 € Kursteile B1, B2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 23.11.2013	2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1205 Dr. med. H. Schaefer, Andrea Hofmann E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmerentgelt: 45 € Kammermitglieder 65 € Nichtkammermitglieder	9 P
■ 25.11.2013	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
■ 29.11.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	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
■ 30.11.2013 und 04.12.2013	„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“ (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. wieners@signal-intervention.de; Fax: 030 / 275 95 366 keine Teilnehmergebühr, Anmeldung erforderlich	8 P und 3 P
■ 06.01.–15.01.2014 (Kursteil C1) 15.01.–24.01.2014 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 990 € Kursteile C1, C2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 21.02. – 22.02.2014 21.03. – 22.03.2014 25.04. – 26.04.2014 23.05. – 24.05.2014	Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1301 /-1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de 160 € je Kursteil	15 P pro Kursteil
■ 03.03.–05.03.2014	Grundkurs im Strahlenschutz	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
■ 05.03.–07.03.2014	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 21.03.2014	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß Fahrerlaubnisverordnung	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
■ 21.03.–22.03.2014	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 €	16 P

Patientensicherheit: Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln.

Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.03. – 27.03.2014

Präsenzseminare: 28.03. – 29.03.2014 und 09.05. – 10.05.2014
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt.

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1206, Dörte Bünning
E-Mail: d.buenning@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Neue Arzneimittel 2012/2013 – eine kritische Bewertung / Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit

Die Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin freut sich, auch die diesjährige Herbst-Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Zu den Aufgaben der AkdÄ zählt aber auch, Ärzte unabhängig von Pharmainteressen über eine rationale Arzneimitteltherapie zu informieren und über Risiken aufzuklären. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2012/2013 vor. Dr. med. Thomas Stammschulte referiert über aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zur moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ

Dr. med. Thomas Stammschulte, Facharzt für Innere Medizin, Berlin, AkdÄ

Moderator: Dr. Christian Heyde, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin

Termin: Mittwoch, 06.11.2013, 20:00 bis 21:45 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Gewalt gegen Patienten mit tödlichem Ausgang – das Risiko bedenken und wirksam vorsorgen

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin

Tötungen in Krankenhäusern und Heimen sind ein Tabuthema, leider jedoch keine Einzelfälle; vielmehr ist eine hohe Dunkelziffer zu bedenken. In seinem Buch „Krankentötungen in Kliniken und Heimen – Aufdecken und Verhindern“ (Lambertus-Verlag, 2011) widmet sich Prof. Dr. med. Karl H. Beine über 35 Tötungsreihen mit mehr als 300 gerichtlich nachgewiesenen Tötungen durch Ärzte und Pflegenden; dabei zeigt er auf, dass es im Vorfeld aller referierten Fälle Warnhinweise gegeben hat: Dazu zählen beispielsweise bestimmte Persönlichkeitsstrukturen der Täter, eine Häufung unerwarteter Todesfälle, unklare Medikationsdefizite oder Verdachtsmomente im Team. In einigen Fällen hätten Todesfälle durch ein schnelleres Eingreifen vermieden werden können.

Das Fortbildungsangebot möchte dafür sensibilisieren, dass Gewalttaten gegenüber Patientinnen und Patienten in jeder Einrichtung vorkommen können. Im Weiteren soll die Veranstaltung dazu dienen, dass Ärzte und alle an der Pflege Beteiligten sich über dieses Thema informieren und untereinander austauschen können sowie wirksame Präventionsmaßnahmen und Strategien zur Vermeidung kennenlernen.

Referent: Prof. Dr. med. Karl H. Beine, Facharzt für Nervenheilkunde und Psychotherapeutische Medizin; Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik / St. Marien-Hospital Hamm; Fakultät für Gesundheit – Department für Humanmedizin / Lehrstuhlinhaber, Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 27. November 2013, 18:30 – 20:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich. Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-14 02 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 2 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2014 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: 10.03. – 15.03.2014 / Woche 2: 05.05. – 10.05.2014 / Woche 3: 16.06. – 21.06.2014 (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.: 030 / 40806-1402 (Organisation),
Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2014@aekb.de

Vertreterversammlung beschließt moderate Rentenerhöhung

Zum zweiten Mal ist ein Jahresabschluss der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) von der Vertreterversammlung des Versorgungswerkes (VV) unter Vorsitz von Kammervizepräsident Elmar Wille verabschiedet worden. Der Vorsitzende des Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, präsentierte das umfangreiche Zahlenwerk mit einem erfreulichen Ergebnis. Einstimmig beschloss die Vertreterversammlung eine Erhöhung der laufenden Renten und der Anwartschaften um 0,5 % zum 1. Januar 2014.

Von Sascha Rudat

Wie Mälzer in der Präsentation des Jahresabschlusses 2012 in der Sitzung am 26. September darlegte, war die Zahl der Rentenanwärter im vergangenen Jahr auf 26.579 gestiegen (2011: 25.947), die Zahl der Rentner kletterte um 5,5 % auf 5.707. Weiterhin positiv sei die Überleitungsstatistik. 322 Herleitungen standen 272 Wegleitungen von anwartschaftsberechtigten Mitgliedern gegenüber. Bezeichnend ist, dass der Frauenanteil der BÄV-Mitglieder weiter steigt, von 50,1 % im Jahr 2011 auf 50,4 % im vergangenen Jahr.

Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen um 8,6 % von 130 Millionen im Jahr 2011 auf 141,2 Millionen Euro im Jahr 2012. Die Altersrenten machten dabei einen Anteil von 77,1 % (108,9 Millionen) aus, gefolgt von Witwen- und Witwer-

renten mit 8,8 % (12,4 Millionen) und Berufsunfähigkeitsrenten mit 5,0 % (7,1 Millionen Euro). Im Vergleich zum Vorjahr nutzten anteilig weniger Mitglieder die Möglichkeit der vorgezogenen Altersrente. Ihr Anteil betrug 54,3 % (Vorjahr: 58,3 %).

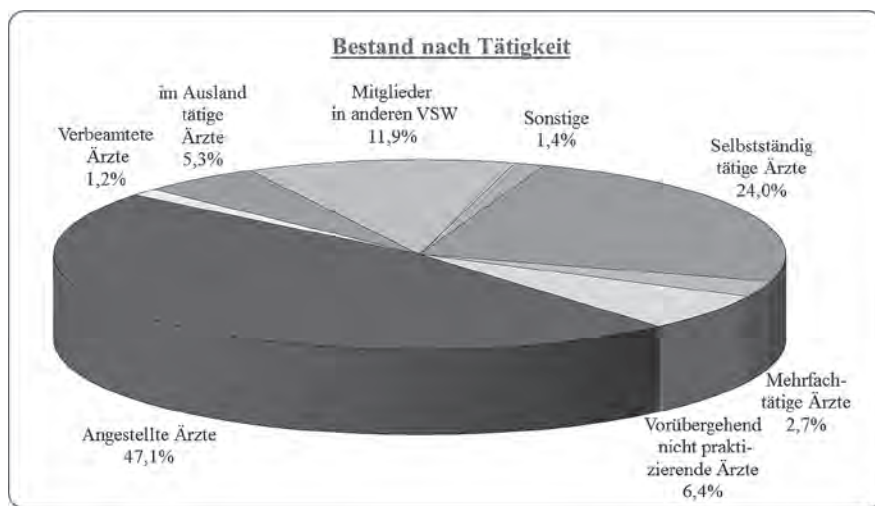
Beim Mitgliederbestand nach Tätigkeitsart (s. Grafik 1) gab es keine gravierenden Veränderungen, allerdings zeichnete sich ein Trend ab: Der Anteil der selbstständig tätigen Ärzte ist weiter auf 24,0 % gesunken. Der Anteil der angestellten Ärzte hingegen ist leicht auf 47,5 % gestiegen. Der Rest verteilte sich auf vorübergehend nicht tätige Ärzte (6,4 %), im Ausland tätige Ärzte (5,3 %), verbeamtete Ärzte (1,2 %) und mehrfach beschäftigte Ärzte (2,7 %) sowie Sonstige (1,4 %).

Die Beitragseinnahmen sind um 4,5 % auf rund 260,9 Mio. Euro gestiegen. Bei den Versorgungsabgaben (s. Grafik 2) stieg erneut der Anteil der Gruppe mit Zahlungen über dem 1,0-fachen Beitragssatz (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) und zwar auf 13,2 % (2011: 12,3 %). Das heißt, diese Mitglieder zahlen freiwillig mehr ein als sie müssten. Der Verwaltungskostensatz blieb mit 1,05 % weiterhin sehr niedrig.

Rechnungszins konnte wieder gehalten werden

Der Kapitalanlagebestand verbesserte sich deutlich mit einem Plus von 9,8 % auf 6,2 Milliarden Euro. Der Durchschnittszins, der sich auf die laufenden Erträge und Aufwendungen der Kapitalanlagen bezieht, stieg stark von 2,91 % im Jahr 2011 auf 5,52 %.

Die Nettoverzinsung, die auch außerordentliche Positionen wie Zu- und Abschreibungen umfasst, kletterte von 2,09 auf 5,14 %. Die guten Kapitalanlageergebnisse ermöglichten eine höhere Ausschüttung aus dem Masterfonds, was zum Anstieg beider Verzinsungskennziffern führte. „Über das Ergebnis können wir zufrieden, ja müssen sogar glücklich sein“, betonte Mälzer. Dadurch konnte der Rechnungszins, der den Leistungsversprechen der Berliner Ärzteversorgung gegenwärtig zu Grunde liegt, wieder bei 4,00 % gehalten werden. „Wir bewegen uns aber weiterhin auf einem Niedrigzinsniveau“, unterstrich Mälzer. Die Sicherung des Rechnungszinses wird auch zukünftig das zentrale Thema der Entwicklung des Versorgungswerkes bleiben. Die Erwirtschaftung von Überschüssen zur Dynamisierung der Leistungen bleibe unter den aktuellen Rahmenbedingungen schwierig. Trotz der kritischen Kapitalmarktsituation erwartet das Versorgungswerk aber auch für das Jahr 2013 unter Berücksichtigung der bilanziellen Reserven ein positives Ergebnis aus der normalen Geschäftstätigkeit.



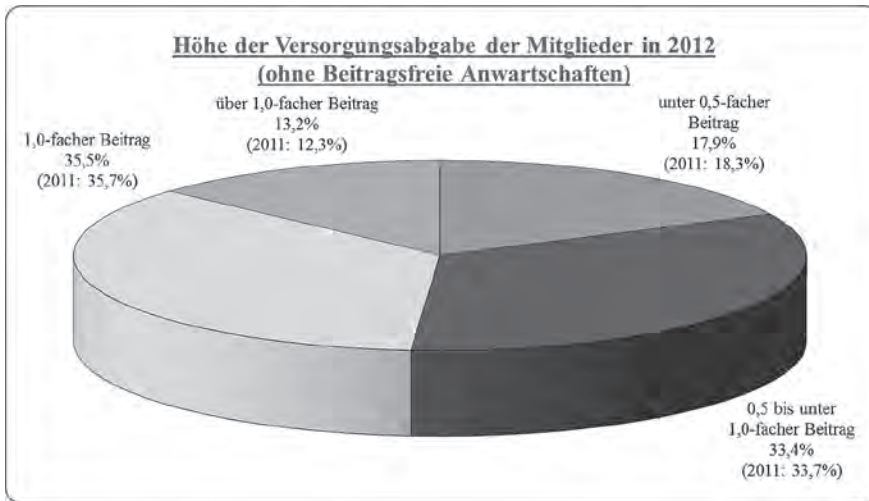
Grafik 1: Der Anteil der angestellt tätigen Ärzte liegt weiterhin deutlich über der Anzahl der Selbstständigen.

Vom Rohüberschuss in Höhe von 109 Millionen Euro konnten der Zinsschwankungsreserve im Jahr 2012 – im Gegensatz zur Entnahme im Vorjahr –60,4 Millionen Euro zugeführt werden. Der Gesamtbestand betrug damit zum 31.12.2012 rund 321,8 Millionen Euro. Aus dem verbleibenden Rohüberschuss von 49,5 Millionen Euro konnten der von Rechts wegen eigens vorgesehenen Sicherheitsrücklage im Jahr 2012 rund 1,2 Millionen Euro zugeführt werden (Gesamtrücklage damit 50,0 Millionen Euro). Wie Helmut Mälzer ausführte, reichen die Zinsschwankungsreserve und die Sicherheitsrücklage zusammen für

drei Jahre aus, um bei einem Kapitalergebnis mit einer Nettoverzinsung von 2,0 % auf den Rechnungszins von 4,0 % auffüllen zu können. 48,3 Millionen Euro wurden der Gewinnrückstellung zugeführt, die damit zum 31.12.2012 insgesamt 66,7 Millionen Euro betrug. Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss schlugen der Vertreterversammlung vor, mittels dieser Rückstellung die Anwartschaften (34,7 Millionen Euro) sowie die Renten und Kinderzuschüsse (10,8 Millionen Euro) um jeweils 0,5 % zu erhöhen. Die restlichen 21,2 Millionen Euro sollten ins nächste Jahr vorgetragen werden.

In der anschließenden Diskussion zeigte sich der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Elmar Wille, zunächst einmal glücklich über das gute Ergebnis. Nach der Nettoverzinsung von 2,09% im Jahr 2011 sei der deutliche Anstieg im vergangenen Jahr auf mehr als 4,75% mehr als erfreulich. Danach diskutierten die Vertreter intensiv über die Verwendung der Gewinnrückstellung, insbesondere über die Frage, ob Anwartschaften und Renten in gleichem Maße dynamisiert werden sollten. Matthias Bloechle sprach sich dafür aus, das Thema Generationengerechtigkeit in den Fokus zu nehmen. Mit der Umstellung auf die

ANZEIGEN



Versorgungsabgabe	über 1,0-fach	1,0-fach	0,5- bis unter 1,0-fach	unter 0,5-fach
Selbständige Pflichtmitglieder	24,1%	50,7%	12,4%	12,8%
Angestellte Pflichtmitglieder	6,9%	32,5%	53,2%	7,4%
Mehrfachbeschäftigte Pflichtmitglieder	31,9%	20,9%	36,7%	10,5%
Sonstige Pflichtmitglieder	3,0%	1,3%	27,3%	68,4%
Freiwillige Mitglieder	16,4%	39,1%	15,0%	29,5%

Grafik 2: Die Abgabenhöhe bezieht sich auf den jeweiligen Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der alten bzw. neuen Bundesländer.

neuen „Sterbetafeln“ nach Heubeck im Jahre 2007 z.B. hätten die Bestandsrentner profitiert. Wie Elmar Wille erklärte, sei diese Thematik in den Ausschüssen vielfach diskutiert worden. Franz Mecking, Versicherungsmathematiker von der Verwaltungsgesellschaft der Versorgungswerke (VGV) verwies auf das solidarische Prinzip, das sich über einen großen Zeitraum bzw. über mehrere Generationen hinweg auswirke. „Die jetzigen Rentner haben in der Vergangenheit die Lücken füllen müssen.“ Es gebe immer wieder Ereignisse, die sich zu Gunsten oder zu Lasten der

jeweiligen Generationen auswirkten, im Geschäftsjahr 2002 z. B. sei ein gewaltiger Kapitalmarkteinbruch zu verzeichnen gewesen, der sich auf Anwärter, die heute z. B. schon Rentner seien, ausgewirkt hätte. Das System des offenen Deckungsplanverfahrens, das zur Anwendung komme, gehe explizit von Umlageanteilen aus. Er sei kein großer Freund davon, die bestehende Systematik operativ zu ändern. „Eine Pseudodynamisierung trägt nicht zum Generationenausgleich bei“, betonte Mecking. Das sah auch Elmar Wille so: „Unser System ist sehr nahe an der individuel-

len Beitragsäquivalenz und kennt nur einen geringen Ausgleich zwischen den Generationen.“ Gleichwohl erklärte Helmut Mälzer, dass man die Problematik im Auge behalten und sich für das nächste Jahr noch einmal genau anschauen werde.

Nach dieser Diskussion verabschiedeten die Vertreter die Vorschläge des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses zur Überschussverwendung ebenso einstimmig wie den Jahresabschluss 2012. Außerdem entlasteten sie die beiden Ausschüsse, nachdem zuvor Christoph Bonin, Vertreter der Prüfungsgesellschaft RBS, den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erläutert hatte.

Neue Entschädigungsregelung einstimmig verabschiedet

Laut BÄV-Satzung obliegt der Vertreterversammlung die Festsetzung der Aufwandsentschädigung der ehrenamtlich tätigen Mitglieder der Organe der Versorgungseinrichtung. Eine Neuregelung der Entschädigungsregelung war u.a. deshalb notwendig geworden, weil sich die bestehende Regelung noch auf die Allgemeine Entschädigungsregelung der Ärztekammer bezog und durch eine eigenständige Regelung ersetzt werden sollte, welche die Besonderheiten der BÄV berücksichtigt. Matthias Albrecht, Vorsitzender des Aufsichtsausschusses, erklärte, dass „die Entschädigungsregelung in der vorgelegten Fassung Sinn macht“, weil sie den Besonderheiten diverser BÄV-Dienstgeschäfte Rechnung trage. Die Vertreter verabschiedeten die Neuregelung einstimmig bei einer Enthaltung.

srd

Ärztliche Aufgabe: Suizidprävention

Der Suizid ist zwar ein – oft unterschätztes – gesamtgesellschaftliches Problem, aber die Ärzte sind hier am stärksten gefordert. Die meisten der Patienten waren in den Wochen, bevor sie sich selbst töteten, bei ihrem Hausarzt. In einer Übersichtsarbeit über gesicherte Strategien der Suizidprävention steht an oberster Stelle „Fortbildung von Ärzten“ – vor „Beschränkung des Zugangs zu tödlichen Methoden“, vor „Öffentlichkeitsarbeit“ und vor „Identifikation von Hochrisikogruppen“, was ja zum Inhalt der geforderten ärztlichen Fortbildung über Suizidprophylaxe gehört. Eines der wichtigsten Themen auf der Berliner Jahrestagung der „Aktion psychisch Kranke“ (s. Kasten S. 26) über ambulante Hilfe bei psychischen Krisen war die Suizidprävention.

Plötzlich bleibt ein Patient einfach weg, ein älterer, gerade verwitweter Mann, der in letzter Zeit die Praxis oft aufgesucht hatte. Irgendwann erfahren Sie, dass er sich umgebracht hat, und nun machen Sie sich Vorwürfe: Habe ich denn nicht gemerkt, dass hinter seinen wechselnden Beschwerden eine larvierte Depression steckte? Und wie geht es eigentlich den eindeutig depressiven Patienten? Kann ich beruhigt sein, weil ich ihnen das passende Antidepressivum verordnet habe?

Ohne wirksame Hilfe sterben weltweit jedes Jahr etwa eine Million Menschen. Der Suizid ist die zehnthäufigste Todesursache, sagte der Psychiater und Psychotherapeut Manfred Wolfersdorf, Ärztlicher Direktor des Bezirkskrankenhauses Bayreuth und international bekannter Suizidexperte. Er hielt auf der Berliner Tagung das Hauptreferat zum Thema Suizid und Suizidprävention. Die Dimension dieses Gesundheitsproblems ist erschreckend. In Deutschland töteten sich jährlich etwa zehntausend Menschen selbst.

Lange Zeit gingen die Zahlen zurück, jetzt steigen sie wieder. Im Jahr 2010 waren es 10.021 Suizid-Todesfälle. Zum Vergleich: Im selben Jahr wurden 3.646 tödliche Verkehrsunfälle und 550 AIDS-Tote gezählt. Die Zahl der Selbsttötungsversuche schätzt Wolfersdorf auf „weit über hunderttausend“, die Dunkelziffer dürfte sehr hoch sein.

Wer ist besonders gefährdet?

Wer gehört zur Risikogruppe? Auf wen muss man ein besonderes Augenmerk haben? 90 Prozent der Suizidenten sind psychisch krank oder befinden sich in einer schweren psychosozialen Krise. Zwei- bis dreimal mehr Männer als Frauen töten sich selbst – wobei man unwillkürlich an das Überwiegen von Frauen in den Selbsthilfegruppen denken muss. Sterben Männer an ihrer Sprachlosigkeit? Im Alter mit seiner Multimorbidität, Vereinsamung und Perspektivlosigkeit nimmt die Suizidalität deutlich zu, bei Männern wie Frauen, aber die Männer dominieren nach wie vor.

Die führende Suizidmethode war 2011 in Deutschland das Erhängen (4.664 Fälle), gefolgt vom Sturz in die Tiefe (917 Mal) und von Arzneimitteln (898 Fälle), was wiederum die Ärzte aufhorchen lassen wird. Das häufigste Selbsttötungsarzneimittel ist erstaunlicherweise das rezeptfreie, weil lange als harmlos geltende Paracetamol, das deshalb nur noch in geringen Mengen ohne Verordnung erhältlich ist.

Unter den Hintergründen suizidaler Krisen hob Wolfersdorf eine tiefe Selbstwertkränkung besonders hervor. Gründe können Verlust, Trennung oder Trennungsdrohung sein. Wer (als „narzisstische Persönlichkeit“) mit labilem Selbstwertgefühl durch solche Ereig-

nisse stark verunsichert und leicht kränkbar ist, reagiert mit Depressivität, Wut oder Angst und schlimmstenfalls mit Suizidalität.

Auch Verlust des Arbeitsplatzes kann zu solcher Selbstwertkränkung führen. Mit der Bedrohung der wirtschaftlichen Existenzbasis sinkt das gesellschaftliche Ansehen des Betroffenen und seiner Familie. Daten einer Langzeitstudie aus 26 EU-Staaten ergaben: „Mit jedem Prozent mehr an Arbeitslosigkeit steigt die Suizidzahl der unter 65-Jährigen um 0,8 Prozent“, berichtete Wolfersdorf. Hochgefährdet seien auch sehr leistungsbetonte, perfektionistische und bisher erfolgreiche Menschen, die hohe Ansprüche an sich und andere stellen, wenn sie den Abstieg vor sich sehen. Sie scheitern am eigenen Perfektionismus und bestrafen sich selbst in tiefer Hoffnungslosigkeit mit dem Tod, oft völlig unerwartet. Von „Freitod“, der ohnehin höchst selten ist, kann auch bei diesen Suizidenten nicht die Rede sein, so eingeeengt, wie sie in ihrer alternativlosen psychischen Zwangsjacke sind.

Nach Suizidgedanken direkt fragen!

Zu den Risikogruppen gehören auch alle anderen Personen in schwierigen, sehr belastenden und als nicht erträglich empfundenen Lebenssituationen:

ANZEIGE

Die „Aktion psychisch Kranke“

... nennt sich im Untertitel „Vereinigung zur Reform der Versorgung psychisch Kranker e.V.“. Sie wurde 1971 von Bundestagsabgeordneten aller Fraktionen und Experten aus dem Bereich der Psychiatrie gegründet. Erklärtes Ziel war es, „mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker ... hinzuwirken“. Die von ihr initiierte und von der Bundesregierung geförderte Berichterstattung über die damals teils unerträglichen Zustände in den „Anstalten“ gipfelte in der berühmt gewordenen Psychiatrie-Enquête von 1975. Die Empfehlungen einer Expertenkommission von 1988 und andere Kommissionsberichte der „Aktion psychisch Kranke“ leiteten die Psychiatriereform in Deutschland ein. Sie ist noch keineswegs abgeschlossen, wie die Berliner Tagung zeigte. www.psychiatrie.de/apk

Entwicklungs- und Beziehungskrisen, Probleme mit der Familie, der Ausbildung oder mit Drogen bei jungen Leuten; schwere Schmerzen, Luftnot und andere nicht beherrschte Beschwerden bei alten Multimorbiden und terminal Kranken, für die es nicht genügend Hospize und Hospizdienste gibt.

Ein besonders hohes Risiko haben Menschen, die schon einen Selbsttötungsversuch hinter sich haben oder die ihre Suizidabsicht ankündigen. Das muss man unbedingt ernst nehmen, mahnte der Referent. Populäre Sprüche („Wer davon spricht, der tut es nicht“) sind gefährlich, auch wenn manche Ankündigungen „nur“ Appellcharakter haben. Hilfe brauchen solche Menschen auf jeden Fall. Auf dieser Tagung wurde dringend geraten, offen mit ihnen zu reden und direkt nach Suizidideen und -absichten zu fragen. Wer nicht ermutigt wird, sich auszusprechen, fühlt sich hoffnungslos alleingelassen und womöglich in den Tod getrieben.

Emotionale Entlastung und „sichernde Fürsorge“

Die richtige Einschätzung des Risikos ist Voraussetzung für die Prävention. Psychisch Kranke, die größte Hochrisikogruppe, müssen natürlich adäquat behandelt werden: die Depressiven, die Alkohol- und Drogenkranken, die Schizophrenen (junge Männer mit dieser Psychose sind besonders suizidgefähr-

det), die Persönlichkeitsgestörten, um nur die häufigsten Diagnosen zu nennen.

Ob ein Patient psychotisch, in anderer Form psychisch gestört oder situationsbedingt in einem emotionalen Ausnahmezustand ist: Er oder sie braucht dringend Hilfe, vor allem eine verlässliche Beziehung. Versagt das Umfeld, muss im Notfall professionelle Hilfe das bieten, das Wolfersdorf „sichernde Fürsorge“ nannte. Zunächst muss verhindert werden, dass Suizidideen in konkrete Absichten und dann in aktuelles Handeln umgesetzt werden. Suizidprävention sei „Zeitgewinn für optimale Therapie und Fürsorge“, Minderung von Leidensdruck, Handlungsdruck und Hoffnungslosigkeit. Wichtig sind schützende Rahmenbedingungen, emotional entlastende und stützende Gespräche, notfalls unterstützt von Anxiolytika und Sedativa; schließlich gezielte Planung und Beginn der Therapie.

Das „Nationale Suizidpräventionsprogramm“

Neben der personenbezogenen Suizidprävention („Mental Health-Ansatz“) kam auf dem Kongress der „Aktion Psychisch Kranke“ auch die bevölkerungsbezogene Prophylaxe zur Sprache („Public Health-Ansatz“). Erwähnt wurden zum Beispiel Modellprojekte wie das „Nürnberger Bündnis gegen Depression/Suizidalität“ sowie einschlägige deutsche und internationale Fachgesellschaften. Ein umfassendes Suizidpräven-

tionsprogramm existiert in Kanada schon seit 1996; bei uns wurde das „Nationale Suizidpräventionsprogramm für Deutschland“ auf Initiative der „Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention“ erst 2002 verabschiedet. Aber es fand schnell Unterstützer, berichtete der Vorsitzende der Initiativgruppe dieses Vorhabens, der Psychiater Armin Schmidtke (Univ. Würzburg und Stockholm).

Beteiligt sind durchaus nicht nur Fachgesellschaften des Gesundheitswesens und wissenschaftliche Institute, sondern auch parlamentarische Gremien, Bundes- und Länderministerien, Kirchen, Verbände und last but not least, Selbsthilfeorganisationen; nicht zu vergessen mehr als zweihundert aktive Einzelmitglieder. Die WHO und ein wissenschaftlicher Beirat begleiten das Programm. Neunzehn weitgehend selbstständige Arbeitsgruppen nehmen einzelne Themen in den Fokus, wie Probleme verschiedener Zielgruppen, (alte Menschen, Kinder und Jugendliche, Angehörige, spezielle psychische Krankheiten). Die Umwelt so zu gestalten, dass spontane Selbsttötungen erschwert werden, ist ein weiteres Präventionsthema, das zum Beispiel mit der Eisenbahn und mit Brückenbauern besprochen wird. Andere Arbeitsgruppen beschäftigen sich mit niedrigschwelligen Hilfsangeboten, mit Aus-, Weiter- und Fortbildung, mit Medien und Öffentlichkeitsarbeit oder auch mit Vernetzung.

Fehlende Vernetzung: Tod auf der Warteliste

Wie sehr dringend Hilfsbedürftige unter mangelnder Vernetzung aller Beteiligten leiden – dies war eine Dauer-Klage nicht nur dieser Tagung. Seit Jahrzehnten wird sie vielmehr gebetsmühlenhaft wiederholt. Vergebens. Da hörte man von Todesfällen, weil jemand nach mehreren Suizidversuchen noch immer auf eine Psychotherapie warten musste, denn ein Antrag wurde wochen- und monatelang nicht bearbeitet. Oder die Betroffenen kannten die vielerlei Hilfsmöglichkeiten

gar nicht, und auch deren Träger nahmen nicht voneinander Kenntnis.

Die Versorgungswirklichkeit lässt noch arg zu wünschen übrig, so positiv auch das deutsche Programm von EU und WHO beurteilt wird, sagte Georg Fiedler, 2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention. Beispiele aus seinem Vortrag und aus der Diskussion belegen das nur allzu deutlich: Suizidgedanken werden in den Praxen oft nicht erkannt oder nicht an-

gesprochen (was sich laut Fiedler im letzten Jahrzehnt etwas gebessert hat).

Noch schlimmer sieht es in den Schulen aus. Frühe Aufklärung ist kaum möglich, weil die Lehrer Angst haben, das Thema Selbsttötung auch nur zu berühren. Manche wagen es nicht einmal, den „Werther“ zu besprechen. In einer Schule, so berichtete Schmidtke, holte man erst nach dem vierten Suizid in einer Klasse professionelle Hilfe. Für die ambulante Psychiatrie und

Psychotherapie gibt es Wartezeiten von oft vielen Monaten, abgesehen von akuten Notfällen. Es fehlt an der Nachsorge. Manche Patienten werden zu schnell in geschlossene Abteilungen eingewiesen und sind dann womöglich lebenslang stigmatisiert. „Wir brauchen mehr niedrigschwellige Angebote innerhalb und außerhalb des klinischen Rahmens“, sagte Fiedler. Und Aufklärung, Aufklärung und nochmals Aufklärung.

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

In memoriam Helmut Coper

Der Berliner Pharmakologe Prof. Helmut Coper, geboren im Dezember 1925, ist am 30. August 2013 verstorben. Nur wenige Lebenswege sind von den geschichtlichen Umwälzungen Berlins der letzten 80 Jahre so geprägt worden und nur wenige haben ihrerseits versucht die eigenen Erfahrungen in neue Entwicklungen der Stadt maßgeblich einzubringen wie Helmut Coper. 1942 musste er das Luisengymnasium wegen seines jüdischen Vaters verlassen. Nach dem Krieg holte er das Abitur nach und begann an der Berliner Universität Humanmedizin zu studieren. Er gehörte zu dem Kreis der Zeitschrift „colloquium“, in der die politischen Hintergründe der Rektorenwahl 1948 publiziert wurden, was zur Relegation der drei Autoren führte. Auf der folgenden Demonstration wurde zum ersten Mal die Schaffung einer freien Universität in den Westsektoren gefordert. Coper gab das Medizinstudium auf und engagierte sich im Gründungsausschuss. „Wir als Studenten waren uns der Konsequenzen und Schwierigkeiten, eine Universität im Blockadewinter gründen zu wollen, zunächst gar nicht bewusst“ erinnerte er sich später und fährt fort von dem Gemeinschaftswerk zu sprechen, das es ihm und seinen Freunden ermöglichte nach den Grauen des Krieges endlich in Freiheit studieren zu können. „Es war auch eine Art Verpflichtung, denn wir hatten das Glück, den Krieg überlebt zu haben, gehörten

zu den Übriggebliebenen.“ Er wurde erster ASTA-Vorsitzender und gestaltete Zeit seiner Zugehörigkeit zur Freien Universität deren Entwicklung mit. Er war Sprecher der Assistentenschaft in der Medizinischen Fakultät und später Vertreter der medizinischen Assistenten im Akademischen Senat.

Er wurde 1967 zum ordentlichen Professor ernannt und auf den ersten deutschen Lehrstuhl für Neuropsychopharmakologie berufen.

Wissenschaftliche Schwerpunkte waren die Gerontologie und die Suchtforschung. Das Institut war selbstständiger Teil des ersten in Deutschland gegründeten Fachbereichs „Nervenklinische Medizin“, dessen Vorsitzender Coper von 1971 bis 73 war.

Er wurde 1970 Mitglied im Kuratorium der Freien Universität Berlin (FUB). Diese Gremienarbeit war in der Zeit der „Studentenbewegung“ für ihn mit erheblichen Auseinandersetzungen verbunden. Er erinnert sich: „Das war für mich ein bis heute unverständliches Phänomen. Führerkult und Parolengeschrei sind mir verständlicherweise ein Greuel.“ Prof. Coper wurde 1994 emeritiert. Für seine Verdienste um die FUB erhielt er die Silberne Ehrennadel.

Eine Herzensangelegenheit war ihm auch die Aussöhnung mit Polen. 1988 vereinbarte er mit Kollegen des Instituts für Pharmakologie der Akademie

der Wissenschaften in Krakau eine Zusammenarbeit. Schwerpunkt war die Untersuchung von Alterungsprozessen, der später erweitert wurde auf die Erforschung der Ursachen von neurodegenerativen Erkrankungen und die Entwicklung von Therapiekonzepten. Daraus entwickelte sich im Laufe der Jahre ein Forschungsverbund, dem Kollegen aus mehreren deutschen und polnischen Universitäten beitraten. Für sein Engagement erhielt er die Verdienstmedaille der polnischen Akademie der Wissenschaften.

Copers Credo, das er seinen Mitarbeitern immer wieder auf den Weg gab, war, dass sie nicht auf ausgetrampelten Pfaden wandeln sollten. Stattdessen legte er großen Wert auf Originalität des wissenschaftlichen Ansatzes sowie die Solidität der verwendeten Methoden. Diese Bedingungen konnten nur durch häufige Diskussionen und Überprüfungen zu fundierten Ergebnissen führen. Wir verlieren mit ihm einen selbstlosen Wegbereiter, Weggefährten und Mentor, an den wir uns mit Dankbarkeit und Hochachtung erinnern.

Prof. Hans Rommelspacher



Foto: privat

Das Meretlein – hundert

Selber schuld, die Eltern: Warum nennen sie ihre Tochter auch nach dem Meretlein, jenem freiheitssüchtigen „Hexenkind“ aus Kellers „Grünem Heinrich“, das wegen seiner Widerspenstigkeit zwecks Zähmung in ein strenges Pfarrhaus verbannt wurde. Dann brauchen sie (der jüdische Arzt Erich Alphons Oppenheim und seine Frau), sich nicht zu wundern, dass Meret das Gymnasium abbricht und mit achtzehn nach Paris geht, um Malerin zu werden; dass sie bei den Surrealisten rasch heimisch wird, Man Ray für spektakuläre Aktfotos vor Druckmaschinen Modell steht und ein Jahr lang eine heftige Affäre mit Max Ernst hat.

Meret Oppenheims hundertsten Geburtstag feierte die Kunstwelt am 6. Oktober, und gemeinsam mit Wien feiert Berlin sie mit einer großen Retrospektive. Denn geboren ist sie in Berlin-Charlottenburg und nicht in der Schweiz, wie's der Vorname nahelegt. Immerhin hat sie den größten Teil ihres Lebens dort verbracht (der Vater konnte Nazi-Deutschland rechtzeitig verlassen); die Mutter Eva Wenger war Schweizerin wie die sehr geliebte Großmutter, die Malerin, Kinderbuchautorin und Frauenrechtlerin Lisa Wenger.

Im Pariser Surrealistenkreis um André Breton nannte man sie liebevoll und bewundernd „das Meretlein“. Ihre Pelztasse wurde zur Ikone des Surrealismus. Alfred Barr, Direktor des neuen „Museum of Modern Art“, kaufte sie noch im Entstehungsjahr 1936 fürs MOMA. Das rückte sie jetzt natürlich nicht für die Berliner Ausstellung heraus. Die Künstlerin weigerte sich, aus dem Einzelstück ein Multiple zu machen, denn sie litt lange darunter, auf die berühmte Pelztasse festgelegt zu werden. Die ganze Vielfalt ihres thematisch und stilistisch sehr heterogenen Werks ist jetzt im Gropius-Bau ausgebreitet: Zeichnungen, Gemälde und Collagen, Plastiken und spielerische Objekte aus verschiedenen Materialien, ausgefallene Schmuck- und Kleidungsstücke, auch

Gedichte und Traumprotokolle. Damit begann sie schon sehr früh. Zuhause wurde über Psychoanalyse diskutiert, die Eltern waren mit C.G. Jung bekannt, den sie auch einmal wegen ihrer seltsamen Tochter um Rat fragten. Träume waren ihr Inspirationsquelle, Orientierungshilfe und Anlass für Bilder (Schlange, Spirale, Auge), wie man dem inhaltsreichen Katalogbuch entnimmt. Und das Studium von Jungs Schriften half ihr später bei der Reflexion ihrer Rolle als Frau und als Künstlerin.

Im Unterschied zu den Pariser Surrealisten war ihr nicht nur das eigene, sondern auch das kollektive Unbewusste wichtig. Laut Katalogtext betrachtete sie es als ihre Aufgabe, „sich für Inspirationen aus dem Unbewussten offen zu halten und Verschüttetes aus dem Erfahrungsschatz der Menschheit in Kunstwerken für sich und die Gesellschaft wieder sichtbar zu machen.“

Zu ihren vielen Masken und Rollenspielen gehört auch das – nachträglich mit „Tätowierungen“ bearbeitete – Foto als alte Schamanin. „Es sind die Künstler, die träumen für die Gesellschaft“, glaubte sie.

An Maskeraden jeder Art hatte sie Freude. Sie probierte sich dabei immer neu aus, spielerisch, ironisch, auch in ernsthafter Selbstbefragung und Auseinandersetzung mit Alter und Tod. Mit 25 Jahren zeichnete sie ihr „Zukunftsportrait“ als alte Frau (ziemlich zutreffend, zeigte sich später). Die meisten Selbstportraits sind stark verschlüsselt, wie die „Steinfrau“ von 1938. Symbol der Erstarrung in langer lähmender Krise. 1937 hatte sie Paris verlassen müssen wie ihr Vater Deutschland, vertrieben aus seiner Praxis; die Familie hatte in der



Röntgenaufnahme des Schädels Meret Oppenheim (M.O.1913-2000), 1964 (Ausschnitt)

Schweiz finanzielle Probleme. Meret Oppenheims Schaffenskrise endete 1954, der internationale Durchbruch kam 1967 mit der ersten Retrospektive in Stockholm.

Drei Jahre vorher datiert die Röntgenaufnahme ihres Schädels mit Hand. Das signierte Foto (Auflage 20 Exemplare) trägt den Titel „M.O. 1913-2000“ und gilt als ihr pointiertester Kommentar zum Genre des Selbstportraits. Kein erkennbares Abbild; zwar physische Durchleuchtung, aber ohne Vordringen zum „wahren Kern“. Ein Vanitas-Bild – mit Schmuck! eine Vision der eigenen Sterblichkeit, ein modernes Memento mori.

Das Jahr 2000 hat Meret Oppenheim nicht erlebt. Anfang Oktober 1985 sagte sie zu Freunden: „Ich sterbe noch vor dem ersten Schnee.“ Am 15. November starb sie in Basel an den Folgen eines Herzinfarktes.

Rosemarie Stein

Martin Gropius-Bau, bis 1.12., 10-19 Uhr außer dienstags. – Katalogbuch (Hatje/Cantz) in der Ausstellung 24 Euro, im Buchhandel 39,80 Euro.

BERLINER ÄRZTE

11/2013 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 Pötter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: 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