

BERLINER ÄRZTE

4 / 2014 51. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

BMJ in Kooperation mit dem
British Medical Journal



Pssst! Call a Med

Anästhesie | Allgemein | Gynäkologie | Urologie | Haut | HNO | mehr...

Call a Med

Laufend neue Angebote aus Berlin und Umgebung!

Call a Med

100% Diskretion gegenüber Deinen Patienten!

Call a Med

24 Stunden für Dich da.

Call a Med

Ganz in Deiner Nähe



Dr. Melanie G.
Belastbar 97%



Dr. Františc L.
kann immer 96%



Dr. Lucia B.
zupackend 99%



Dr. Rüdiger V.
erfahren 95%



Dr. Georg v. L.
neugierig 97%



Dr. Larissa S.
unverbraucht 99%



Dr. Kalim Y.
gesellig 94%



Dr. Annabel H.
charmant 98%



Dr. Vera K.
gehorsam 94%



Dr. Stefan S.
sensibel 98%



Dr. Siglinde M.
einfühlsam 97%



keine Anzeige

Ruf jetzt an! 0881 -

Liberté,
toujours?

Das boomende
Geschäft mit
Honorarärzten

Daten für Taten?



Foto: K. Friedrich

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

Nach 25 Jahren Kostendämpfung und Machtverschiebung und 30 Gesundheitsreformgesetzen ist die Patientenversorgung für die Versicherten teurer und schlechter geworden. Die Kassenbeiträge stiegen im gleichen Zeitraum von 12,9% auf 15,5%; Ärzte- und Fachkräftemangel, Wartezeiten und Budgeteinschränkungen sind in Deutschland inzwischen Alltag.

Die neue Bundesregierung will das ändern. Der Koalitionsvertrag definiert im ersten Satz zum Kapitel Gesundheit und Pflege: „Im Zentrum unserer Gesundheitspolitik stehen die Patientinnen und Patienten und die Qualität ihrer medizinischen Versorgung.“ Dazu will die Regierung ein „Institut für Qualität und Transparenz“ als Stiftung des Gemeinsamen Bundesausschusses gründen, das die Qualität im ambulanten und stationären Sektor ermittelt und in verständlicher Form zur Verfügung stellt. Dazu soll u. a. auf Routinedaten der Krankenkassen zurückgegriffen werden.

Das Bemerkenswerte daran ist, dass die Politik, deren Führungsmannschaft im Ministerium zum guten Teil neu in der Materie ist, dem Ziel „Patientenorientierung“ – oder neulateinisch „outcome“ – eine konkrete Institution und die Transparenz gegenüber der Allgemeinheit zur Seite stellt.

Man kann das Institut gut finden oder nicht, es wird kommen und Zahlen präsentieren. Darauf brauchen wir eine Antwort und werden unsere eigenen Institutionen klugerweise fit machen. Das Institut kann dann erfolgreich arbeiten, wenn es kompetent und inhaltlich

glaubwürdig geführt wird. Es muss die Betroffenen beteiligen und gegebenenfalls auch die richtigen Fragen formulieren, die sich aus den Zahlen ableiten werden. Ein hohes Maß an Akzeptanz in unserer Berufsgruppe ist dabei essentiell. Qualität wird ja nicht vom Gesetzgeber gemacht oder durch Zahlen generiert, sondern durch Ärzte, Krankenschwestern oder allgemein von denjenigen, die den Patienten in die Augen schauen.

Sollte das Institut lediglich Statistiken generieren, ist der Erfolg fraglich. Fiebermessen ist kein Ersatz für Diagnostik und Therapie. Um aus Daten „Daten für Taten“ zu machen, muss die Politik das ungnädige Spiel des „Teile- und herrsche“ beenden.

Patientenversorgung ist Gemeinschaftsaufgabe. Da hilft es nicht, wenn regelmäßig Krankenkassen diffamierend über Ärzte herfallen und die, die für die Versorgung von Patienten zusammenarbeiten sollten, sich politisch gegenseitig das Leben schwer machen. Ohne gemeinsame Verantwortung wird es keine funktionierende Patientenversorgung mehr geben. Hier ist das Gesundheitsministerium als Führungseinrichtung gefragt. Ein Gesundheitsminister Gröhe, der allgemein nicht nur als „starker Politiker“, sondern auch als wertschätzend im Umgang und klug beschrieben wird, kann hier Zeichen setzen. Und wenn man dann die einzelnen Punkte zusammen zählt, eine gescheiterte bisherige Gesundheitspolitik, ein klares Bekenntnis zur Patientenorientierung, eine Konkretisierung dieses Ziels mit Kontrolle durch die Öffentlichkeit, eine politische Führungsmannschaft, die sich ein erneutes Scheitern nicht leisten möchte, dann könnte vielleicht doch ein Plan dahinter stecken. Weg von „Kosten und Mengen“, hin zum „lernenden System“, das sich kontinuierlich am Nutzen für den Patienten bemisst.

Triumph der Hoffnung über die Erfahrung oder doch Martin Luthers „Apfelbäumchen? Knapp vor dem 500. Jubiläum der Reformation wäre das auch okay.

Ein bewegtes Arztleben

Stefan Kappner:

Kurt Scheidler. Arzt mit sozialer Verantwortung. Hrsg. von Rohnstock-Biografien. berlin edition im be.bra verlag, Berlin 2014. 208 Seiten, 38 Abbildungen, 19,95 Euro

Wir West-Berliner Ärzte konnten nach der Vereinigung der Stadthälften erst in den 60er Jahren den damals im achten Lebensjahrzehnt immer noch rüstigen Senior der (Ost-) Berliner Medizin Kurt Scheidler kennen und schätzen lernen. In wenigen Wochen erwarten wir seinen 100. Geburtstag (22. Juni 2014).

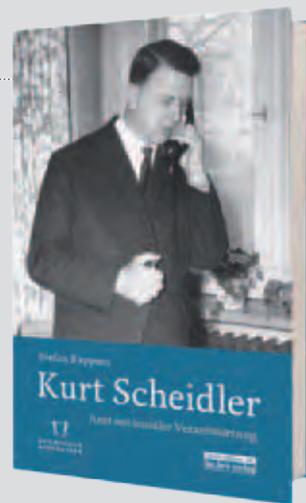
In den 30er Jahren hatte ihn sein unabhängiger Geist aus dem damals ebenfalls militanten CVJM und später aus der Wehrmacht getrieben. Trotzdem konnte er die medizinische Versorgung der Menschen in den Trümmern der Stadt als Leiter eines Hilfslazarets in der Christburger Straße am Prenzlauer Berg mit organisieren. „Im schummerigen Licht stinkender Fahrrad-Karbidlampen amputierte“ er noch während der Kämpfe im Keller und rettete dadurch bei den verzweifelten hygienischen Verhältnissen zahlreichen Menschen das Leben (37).

Seine Facharztausbildung als Internist hatte er bei dem späteren Ordinarius der Freien Universität für Innere Medizin Hans Kress, noch als Chef des Lazarus Krankenhauses, sowie bei Fritz Munk am Martin-Luther-Krankenhaus durchlaufen. Mitte 1946 wurde er bei Ignaz Zadek junior – dort internistischer Chef und Krankenhausdirektor – Oberarzt am Krankenhaus Neukölln. Mit Wohnort im britischen, Arbeit im amerikanischen und politisch als Kommunist im sowjetischen Sektor verankert musste er erneut in Schwierigkeiten geraten. Obwohl Zadek ihm ein blendendes Zeugnis ausstellte, wurde Scheidler 1948 als SED-Mitglied im Zuge der Teilung der Stadt fristlos entlassen (50). Als Chef in Weißensee war er u. a. auch Leiter des Kulturbundes und gründete 1951 die

Poliklinik. Auch die SED kritisierte 1953 den unabhängigen Kopf: „...er trifft selbstständige Entscheidungen in den Verwaltungsaufgaben, er setzt sich häufig über jede Plandisziplin hinweg. Er erreicht dadurch eine rasche augenblickliche Entwicklung des Krankenhauses, aber sein Eingreifen dient häufig nicht der gesamten Entwicklung unserer Volkswirtschaft“ (66).

Trotzdem kam der nächste Karriereschritt. 1954 übernahm er die Leitung der Abteilung im (Ost-)Berliner Magistrat und wurde zur obersten Instanz im Gesundheitswesen. Die klassischen Gebiete der Sozialhygiene, die Organisation des Gesundheitsschutzes, die gesundheitliche Aufklärung, die Volkskrankheiten und die Medizinalstatistik waren sein Zuständigkeitsbereich. Ab 1955 initiierte er die „Berliner Ärztliche Rundschau“. Bald kam er zu akademischen Ehren mit einer Habilitation in der Sozialhygiene und einer späteren Professur an der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR.

Ab 1960 bis 1982 leitete er als ärztlicher Direktor das größte Haus der Stadt, das Krankenhaus am Friedrichshain und war bis 1987 als Chefarzt der Forschungsabteilung für Notfallmedizin tätig. Weiter wurde er zum Anreger zahlreicher Innovationen der Gesundheitsversorgung. Darüber berichten im hier besprochenen Buch seine Mitstreiter und Schüler: Der Nestor der Rehabilitationsmedizin, Prof. Wolfgang Presber, schreibt Scheidler die Initialzündung für sein Fachgebiet 1956 mit einer „Arbeitstagung über Rehabilitation“ zu (96). Prof. Werner Kulczyk, als Gesundheitsökonom bis 2003, zunächst im Magistrat, dann auch als Berater des Berliner Senats, tätig, berichtet, dass die gute Zusammenarbeit erfolgreich war, „weil er nicht ideologisch, sondern von der Sache her entschied. Beispielsweise war die DDR der einzige sozialistische Staat, in dem es noch konfessionelle Krankenhäuser gab“ - dank der Zustimmung Scheidlers zu gleichen Pflegesätzen



für kirchliche Häuser (113). Prof. Christel Weser, Chefärztin verschiedener Medizinischer Kliniken, beschreibt Scheidlers Durchsetzung der „Zentralen Rettungs- und Intensivtherapieabteilung“ schon 1968 und in der Folge der „Schnellen medizinischen Hilfe“ in der DDR, die wegen ihrer einheitlichen Organisation noch heute als Vorbild der Notfallmedizin gilt. Das Buch wird eingeleitet durch lesenswerte Vorworte des Chefarztes der Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie in Friedrichshain, Priv.-Doz. Dr. Siegfried Veit und der Herausgeberin Katrin Rohnstock.

Der Autor Stefan Kappner hat ein hoch interessantes Werk vorgelegt – es zeichnet in lebendiger Weise ein vielschichtiges und glaubwürdiges Bild vom Aufbau des DDR-Gesundheitswesens, der Ziele ihrer Vertreter und den teils verschlungenen Wegen, die sie gingen. Selbst abgesehen von seinen ärztlichen Leistungen wäre Kurt Scheidlers Leben noch eine spannende Lektüre.

Die Aufzeichnungen seiner Schüler geben – ebenfalls gut lesbar – wichtige Einblicke in Fachentwicklungen: Unverzichtbare Informationen für Interessierte an der Rehabilitation, der Nierentransplantation, der Notfallmedizin, der Neonatologie und der Physiotherapie. Die Angaben zu den genutzten historischen Quellen erscheinen durchweg sehr verlässlich. Obwohl in erster Linie für ein nichtwissenschaftliches Publikum verfasst, werden künftige Forschungen zum DDR-Gesundheitswesen nicht mehr ohne dieses Werk auskommen.

Dr. Udo Schagen
Institut für Geschichte der Medizin
an der Charité



TITELTHEMA

**Honorarärzte –
Liberté toujours?**

Call a Med

Die Zahl der Honorarärzte in Deutschland nimmt zu – BERLINER ÄRZTE wirft einen Blick auf Licht- und Schattenseiten dieser neuen Form ärztlicher Tätigkeit.

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

„Mit der Genossenschaft wollen wir ein Maximum an Transparenz schaffen“

Interview mit Dr. Nicolai Schäfer....18

2 Positionen zum Thema Honorarärzte: Bin ein fahrender Gesell, kenne keine Sorgen...

Von Harald Mau.....19

Das Honorararztwesen, eine alltägliche, aber nicht definierte Realität

Von Bernd Müller.....19

Beruf Honorararzt – eine nicht nur juristische Ansicht

Von Martina Jaklin.....20

EDITORIAL.....

Daten für Taten?

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

„Medizin und Magie gehörten schon immer zusammen“

Interview mit Eckhart v. Hirschhausen.....6

BUNDESINSTITUTE

50 Jahre deutsche Giftkommission
Informationen des Bundesinstituts für
Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Welche Risiken birgt die care.data-Datenbank des NHS für den Datenschutz? BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....28

CIRS-Berlin: Beispielhaftes Modell für mehr Patientensicherheit

Bericht von der Delegiertenversammlung am 19. Februar 2014
Von Sascha Rudat.....31

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

LAGeSo-Infektionsschutzbericht für das 2. Halbjahr 2013.....34

FORTBILDUNG.....

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....26

CIRS Berlin:

Der aktuelle Fall.....32

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2014.....36

BUCHBESPRECHUNG.....

Stefan Kappner: Kurt Scheidler. Arzt mit sozialer Verantwortung.
Rezension von Udo Schagen.....4

FEUILLETON.....

Drachen im Bauch
Von Rosemarie Stein.....38

„Medizin und Magie gehörten schon immer zusammen“

BÄ: Herr Dr. von Hirschhausen, in Ihrem neuen Programm beschäftigen Sie sich intensiv mit dem Thema Wunder. Was ist das ‚Wunderbare‘ am Arztberuf? Was hat Sie persönlich bewegt, Medizin zu studieren?

Hirschhausen: Medizin, Biologie, Psychologie haben mich in der Schule schon fasziniert, und ich finde Arzt sein bis heute einen der schönsten Berufe, auch wenn ich meinen eigenen Weg gefunden habe, dieses Wissen weiterzugeben. Meine Tante war Radiologin, mein Opa Psychiater, die weiteren Vorfahren Pfarrer – was blieb mir übrig (lacht).

Das Wunder des Lebens – Sie gehen auf die fließenden Grenzen von Medizin und Magie ein. Wo sehen Sie da den Zusammenhang oder ist alles nur Hokuspokus?

Medizin und Magie gehörten schon immer zusammen! In allen Kulturen gab es die „Medizinmänner“ und Frauen, die etwas von Kräutern, aber auch viel von Ritualen, Zauber und Gruppenprozessen verstanden. Wir haben aus diesem einen Beruf viele verschiedene

gemacht, und beschwerten uns, dass uns weder der Röntgenarzt, der Psychotherapeut, der Heilpraktiker oder der Apotheker „ganzheitlich“ sieht. Historisch verdankt die Medizin viel dem fahrenden Volk. Die Narkose wurde von den Gauklern entdeckt, die mit Lachgas die Menschen belustigten und so merkten, dass man dabei auch Zähne ziehen kann. Die Magenspiegelung entstand, nachdem ein Arzt einer Schwertschluckerin zugeschaut hatte, wie sie einen langen starren Gegenstand in ihren Magen versenkte. Und das Aspirin hat man sich von weisen Frauen abgeschaut, die aus der Weidenrinde einen schmerzstillenden Sud brauten. Die Wissenschaft hat die Magie aus der Medizin vertrieben, aber nicht aus den Menschen!

Schulmedizin und Alternativmedizin beäugen sich oft kritisch. Was können beide voneinander lernen?

Noch nie habe ich gehört, dass es eine „Alternativmathematik“ gäbe. Oder „Komplementär-Maschinenbau“. Warum akzeptieren wir so selbstverständlich,

dass es zur Medizin eine „Alternativmedizin“ mit eigenen Gesetzen geben soll? Wohl, weil wir eben nicht berechenbar oder rein mechanisch sind, und erst recht nicht so betrachtet werden wollen. Einerseits wünschen wir uns einen, der sich mit allem auskennt. Wenn es jedoch ernst wird, soll plötzlich der Ober-Spezialist ran. Die Spaltung der Medizinwelten spiegelt die Spaltung in uns. Wir haben Sehnsüchte und spirituelle Bedürfnisse und gleichzeitig gefühlt Anspruch auf perfekte Reparatur mit Garantieverlängerung auf 100 Jahre. Was jeder Arzt von den Homöopathen lernen kann: Zeit nehmen, zuhören, Fragen stellen, Rituale verordnen und abwarten. Und dem Patient mit etwas Unschädlichem die Zeit vertreiben, die der Körper braucht, um sich selbst zu helfen.

Brauchen Patienten heutzutage wieder mehr Wunder? Woran erkennen Sie einen erfolgreichen „Gesundheitszauber“? Wann wird es zum faulen Zauber?

Wenn ich als Kind aufs Knie gefallen bin, hat meine Mutter

gepustet und gesagt: „Schau, da fliegt das Aua davon!“ Mein ganzes Studium habe ich darauf gewartet, dass mir jemand erklärt, wie das funktioniert. Und als Arzt muss man noch nicht einmal selbst daran glauben, dass „AUA“ fliegen kann, es reicht, wenn das Kind das tut. Es wäre eine unterlassene Hilfeleistung, nicht zu pusten. „Scharlatane“ gibt es natürlich überall, in der Alternativszene wie in der „Schulmedizin“. Typisch sind ihre Selbstüberschätzung und die Abwertung von allen anderen Heilmethoden. Wer außergewöhnliche Behauptungen aufstellt, hat außergewöhnliche Beweise zu liefern. Und wenn behauptet wird, man könne mit Aprikosenkernextrakt, Homöopathie oder Bioresonanz Erkrankungen wie Krebs, MS oder Alzheimer heilen, hört bei mir der Spaß auf.

Wenn Sie dazu in der Lage wären, was würden Sie am liebsten aus dem heutigen Gesundheitswesen und der aktuellen Gesundheitspolitik wegzaubern?

Die schlechte Stimmung in den Krankenhäusern macht mir

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: Wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden? Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem

Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu ent-

wickeln. In 2014 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz. Bei abendlichen Kamingsgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewohnten Blickwinkeln diskutiert.

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

TERMINE

Modul 1 Die Praxis des Führens
Do. 08.05. – 10.05.2014

Modul 2 Führen als interaktiver Prozess
Do. 26.06. – 28.06.2014

Modul 3 Veränderungsprozesse managen, Gesundheitspolitischer Rahmen, Betriebswirtschaftl. Steuerung
Do. 11.09. – 13.09.2014

Modul 4 Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts
Fr. 12.12. 2014

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: Priv.-Doz. Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder/Berlin

Organisation und Unterlagen:

Anke Andresen-Langholz

Tel.: 030 - 40806 - 1301

Fragen zum Inhalt:

Dr. med. Henning Schaefer

Tel.: 030 - 40806 - 1200, E-Mail:

aerztliche-fuehrung@aekb.de

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH Krankenhaus Hedwigshöhe

Seit Januar 2014 ist Prof. Dr. med. habil. Vjera Holthoff-Detto, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie, Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Sie hat die Leitung übernommen, nachdem Prof.

Dr. med. Hans Gutzmann in den Ruhestand gegangen ist. Zuvor war Prof. Holthoff-Detto stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden. Sie ist weiterhin Inhaberin der Professur für Gerontopsychiatrie und kognitive Neuropsychiatrie der TU Dresden.

Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau

Seit Januar 2014 hat die orthopädische Klinik des Krankenhauses zwei neue Chefarzte.

Prof. Dr. med. Ulrich Nöth MHBA hat als Chefarzt die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie übernommen. Er war zuvor an der orthopädischen Klinik des König-Ludwig Hauses in Würzburg geschäftsführender und leitender Oberarzt des Schwerpunktes für Endoprothetik. Dr. med. Miguel Alquiza wurde zum Chefarzt der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, in der er zuvor als leitender Oberarzt tätig war, ernannt. Der ehemalige Chefarzt beider Abteilungen, Prof. Dr. med. Wolfgang Noack wurde in den Ruhestand verabschiedet, ist aber weiterhin in Niederlassung tätig.

Franziskus-Krankenhaus Berlin

Prof. Dr. med. Rolf Dein ist seit Januar Chefarzt der neu eröffneten Klinik für Innere Medizin/Gastroenterologie und Onkologie. Er war zuvor Chefarzt der Abteilung Gastroenterologie und Allgemeine

Innere Medizin am Krankenhaus Prignitz in Perleberg. Dr. med. Lydia Hottenbacher leitet seit Dezember 2013 die neu eröffnete Zentrale Notaufnahme des Franziskus-Krankenhauses. Dr. Hottenbacher war zuvor Oberärztin der Notaufnahme in den DRK-Kliniken Westend in Berlin.

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



Konstituierende Sitzung des Wahlausschusses

Im Heft 03/2014 hatten wir darüber informiert, dass der Vorstand der Ärztekammer Berlin einen Wahlausschuss zur Durchführung der Wahl zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin berufen hat.

Die konstituierende Sitzung des Wahlausschusses hat am 12. März 2014 stattgefunden. Der Wahlausschuss wurde in dieser Sitzung auf die Einhaltung des Wahlgeheimnisses verpflichtet und über die Wahlplanung und -vorbereitung informiert. Er hat die Bekanntgabe des Wahlzeitraums, die Auslegung der Wählerliste sowie die Aufforderung zur Einreichung von Wahlvorschlägen vorbereitet und Beschluss über die Vordrucke zur Einreichung der Wahlvorschläge (Listen) gefasst. Seit der Sitzung des Wahlausschusses werden die Vordrucke auf Anfrage zur Verfügung gestellt. Sie können bei der Ärztekammer Berlin – Wahlbüro (Wahlkoordinatorin) – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, angefordert werden.

Wir werden Sie weiterhin fortlaufend über den Fortgang der Wahlvorbereitungen informieren.



Die Mitglieder des Wahlausschusses: Dr. Maren Holdorff, Norbert Hardinghaus, Dr. Manfred Dücker (Vorsitz), Dr. Trutz-Hagen Legarth und Dr. Ines Ziegler (v.l.). Nicht im Bild: Andreas Jung.

„7. Gesundheitsforum – Bewegung, Sport und Psyche“

Psychische Erkrankungen bzw. Beschwerden gewinnen in der heutigen Zeit zunehmend an Bedeutung. Bewegung und Sport können wesentlich zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen. Das 7. Gesundheitsforum im Rahmen der gemeinsam von Ärztekammer Berlin, Kassenärztlicher Vereinigung Berlin, Berliner Sportärzdebund und Landessportbund Berlin initiierten Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“ soll veranschaulichen, welche Rolle sportliche Aktivität bei der Vermeidung, aber auch Behandlung psychischer Erkrankungen spielt.

Darüber hinaus sollen an praktischen Beispielen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie man durch gezielte körperliche Aktivität und Sport Risikofaktoren für psychische Beschwerden wie z. B. Stressbelastungen entgegenwirken kann.

Das 7. Gesundheitsforum zum Thema „Bewegung, Sport und Psyche“ findet statt am Samstag, 24.05.2014 / Zeit: 09:15-15:30 Uhr in der Gerhard-Schlegel-Sportschule des LSB Berlin, Priesterweg 4-6b, 10829 Berlin (Schöneberg).

INHALTE

Medizinischer Fachvortrag:

- Sport zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen (Dozent: Prof. Dr. med. Friedel M. Reischies – FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Neurologie, Prof. f. Psychiatrie d. Charité – ärztl. Direktor d. F.-v.-Bodelschwingh-Klinik, Arbeitsgruppe Neuropsychologie u. experimentelle Psychopathologie d. Charité)

Seminarthemen:

- Box-Workout (Dozent: Bert Eichholz – Dipl.-Sportwissenschaftler, Dozent im Bereich Sport u. Betriebl. Gesundheitsförderung – Firma BE-Konzept)

- Yoga für Kinder (Dozentin: Simone Gloeckner – Physiotherapeutin, Heilpraktikerin, Yoga- u. Kinderyogalehrerin bdy/eyu – yogalila-Zentrum für Yoga in Berlin)
- Qigong – Bewegung und Entspannung (Dozentin: Verena Kupilas – Dipl.-Sportwissenschaftlerin, Gesundheitswissenschaftlerin/MPH, Qigong-Lehrerin – Berliner Institut f. Public Health)
- Einführung in die Progressive Muskelrelaxation (PMR) (Dozentin: Ingeborg Markmann, staatl. gepr. Sport- u. Gymnastiklehrerin – Landessportbund Berlin)
- Body & Mind: Rücken-Relax (Dozentin: Monika Moudjendé – staatl. gepr. Sport- u. Gymnastiklehrerin, Pilates- u. Rückenschultrainerin und -ausbilderin – SPINE Pilatesstudio)
- Energetische Konzepte der chinesischen Medizin (Dozent: Dr. med. Jürgen Wismach – FA f. Orthopädie, Sportmedizin, Akupunktur – stellv. Vorsitzender Deutsche Akupunktur Gesellschaft)

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Jürgen Wismach
(Präsident Berliner Sportärzdebund)

Fortbildungspunkte: 7 Punkte

Teilnahmegebühr: 30,- €

Anmeldung unter:

www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitsport/gesundheitsforum/

Weitere Informationen:

Christoph Stegemann,
Landessportbund Berlin,
Tel.: 030/30002164,
E-Mail: C.Stegemann@lsb-berlin.de

50 Jahre deutsche Giftkommission

Am 29. April feiert die „Kommission zur Bewertung von Vergiftungen“ ihr 50-jähriges Jubiläum. Die Aufgabe der am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) angesiedelten Kommission besteht darin, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Produkte und Stoffe zu erkennen, zu dokumentieren und für den Menschen zu bewerten.

1964 wurde die Kommission nach amerikanischem Vorbild durch das Bundesministerium für Gesundheit gegründet, zusammen mit einer Dokumentations- und Bewertungsstelle für Vergiftungen. Seither sind in Deutschland wesentliche Grundlagen der klinischen Toxikologie entstanden. Eine maßgerechte Behandlung von Vergiftungsunfällen, verbesserte Prävention und verbesserter Verbraucherschutz haben die Anzahl von Todesfällen bei Kindern in Deutschland wesentlich reduzieren können.

Insbesondere auf dem Gebiet der Prävention erzielte die Kommission bedeutende Fortschritte, angefangen von mehreren EU-Normen (z. B. „Kindergesicherter Verschluss“), über zahlreiche Rezepturänderungen, Warnhinweise, z.B. bei ätzenden Mitteln, EU-Verbote von gefährlichen Lampenölen und Grillanzündern bis hin zur EU-weiten Beschränkung der Verwendung von



Bundesinstitut für Risikobewertung

Salpetersäure im Verbraucherbereich. Im Rahmen der Kommission wurde auch die zurzeit weltweit größte und umfangreichste Datenbank mit Rezepturinformationen für die Notfallhilfe in deutschen Giftinformationszentren entwickelt.

Das Jubiläum verweilt jedoch nicht bei der Rückschau auf Erfolge. Vielmehr verweist die Kommission auf noch nicht umgesetzte Empfehlungen und neu identifizierte Risikogruppen.

In Deutschland gibt es bisher keine systematische Erfassung und Auswertung von Vergiftungen. Die bestehenden Datenerhebungen, wie beispielsweise in den Giftinformationszentren oder bei den Ärztlichen Mitteilungen bei Vergiftungen, sind mangels personeller und technischer Voraussetzungen noch nicht so standardisiert, dass eine regelmäßige umfassende Statistik über Vergiftungsunfälle in Deutschland möglich wäre. Die BfR-Kommission empfiehlt daher, ein Nationales Monitoring von Unfällen mit chemischen Stoffen und Pro-

dukten einzurichten, so wie es u. a. in den USA, der Schweiz und Schweden üblich ist.

In Zusammenarbeit mit den Giftinformationszentren hat die Kommission ältere Menschen als bisher zu wenig beachtete Risikogruppe identifiziert. Im hohen Alter, bei bestimmten Erkrankungen und beginnender Demenz leidet der Geschmackssinn, und Ältere können versehentlich sogar größere Mengen schädlicher Substanzen aufnehmen als Kleinkinder. Bei älteren Menschen müssen deshalb mindestens gleichartige Vorsichtsmaßnahmen bei Vergiftungsrisiken ergriffen werden wie bei Kindern.

Ein Nationales Monitoring, Prävention bei älteren Menschen und immer wieder neue gefährliche Produktinnovationen – auch nach 50 Jahren gibt es für die Giftkommission viel zu tun.

Die wissenschaftliche Veranstaltung „50 Jahre BfR-Kommission ‚Bewertung von Vergiftungen‘“ ist öffentlich und kostenfrei und findet am 29. April 2014 von 11 bis 17 Uhr im Hörsaal des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR), Diedersdorfer Weg 1, 12277 Berlin (Marienfelde) statt.

Anmeldungen werden erbeten unter: veranstaltungen@bfr.bund.de

ANZEIGE

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Sucht im höheren Lebensalter – eine Herausforderung für Apotheker und Ärzte

Die Probleme alkohol-, nikotin- und medikamentenabhängiger älterer Menschen erlangen, verstärkt durch die demographische Entwicklung und veränderte soziokulturelle Strukturen, eine immer größere Brisanz in Praxis und Apotheke. Zuweilen sind Ärzte und Apotheker die ersten Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige und Pflegepersonal – oder aber sie sehen sich in der Verantwortung, ihrerseits die Initiative zu ergreifen und ein sehr persönliches Thema in geeigneter Weise anzusprechen.

Sucht ist eines der Syndrome in der Lebensphase nach Erwerbstätigkeit und Verantwortung für andere. Verlust an äußeren Strukturen, Menschen und Aufgaben lässt ältere Menschen gelegentlich zu suchtfördernden

Substanzen greifen. Eine Sensibilität gegenüber erhöhten Risikofaktoren (wie Einsamkeit und Isolation, chronische Schmerzen und Multimorbidität), die Früherkennung von Formen der Sucht im Alter wie auch die spezifische Kenntnis von Substanzen mit hohem, oft unterschätztem Suchtpotenzial (vgl. PRISCUS-Liste) bilden wesentliche Voraussetzungen für eine fachgerechte Betreuung solcher Patienten. Eine wertvolle Abrundung erhält das ärztliche bzw. apothekerliche Handeln durch die Entwicklung von Strategien multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Kräften.

Die beiden Referenten möchten Ärzten und Apothekern Anregungen geben, wie sie Suchtprobleme bei Älteren erkennen können und wie sie zu vermeiden sein könnten und welche Möglichkeiten es gibt,

diese Thematik anzusprechen. Es ist sinnvoll, Patienten auf die Wechsel der Lebensphasen frühzeitig vorzubereiten. Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für den Erfahrungsaustausch und die fachliche Diskussion.

Referenten: Dr. rer. nat. Sebastian Diemert, Referent für Arzneimittelinformation und Pharmakovigilanz, Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Arzneimittel

Dr. med. Andreas Dieckmann, Ehemaliger Suchtbeauftragter der Ärztekammer Berlin, Chefarzt der Vivantes Entwöhnungstherapie, Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission in der Ärztekammer Berlin

Termin: Mittwoch, 18.06.2014, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Politik

Bundestagsabgeordnete Emmi Zeulner besucht die Kammer

Emmi Zeulner (CSU), Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag, hat am 17. Februar 2014 die Ärztekammer Berlin besucht. Die 27-jährige Fränkin sitzt zum ersten Mal im Bundestag. Bei ihrem Besuch informierte sich die examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin umfassend über die Aufgaben

und die praktische Arbeit einer Landesärztekammer. Auch tagespolitische Themen wie Sterbehilfe wurden im Gespräch mit Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz und Vizepräsident Dr. Elmar Wille intensiv diskutiert. Ein weiterer Schwerpunkt war das Thema ärztliche Fortbildung.

srd



Emmi Zeulner informiert sich vor Ort bei Kammerpräsident Günther Jonitz, Vizepräsident Elmar Wille und Abteilungsleiter Henning Schaefer (v.l.)

Patientensicherheit

Thema Führung: ÄKB-Präsident nimmt an WHO-Expertengruppe teil

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, ist eingeladen worden, an einer Expertengruppe der Weltgesundheitsorganisation WHO teilzunehmen. Diese Gruppe soll ein Programmpapier zum Thema Führung erarbeiten. Der „WHO-Leaders' Guide“ zielt darauf ab, die Bedeutung der Themen Qualität und Sicherheit als explizite Führungsaufgabe im Gesundheitswesen darzulegen

und diesbezüglich relevante Führungskompetenzen zu formulieren. Jonitz wurde als einziger Vertreter aus Deutschland eingeladen. Die Experten wurden anhand ihrer praktischen Führungserfahrung und ihrer Expertise bezüglich der Themen Führung, Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen ausgewählt. Bei allen drei Themen nimmt die Ärztekammer Berlin eine Vorreiterrolle ein.

Qualifizierung

Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Schriftliche Prüfungen im Sommer 2014

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten schriftlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ am 27. Mai 2014 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin/Arzthelfer oder einen anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie,
2. Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme an der von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildung in dem Handlungs- und

Kompetenzfeld (Modul), in dem die Teilprüfung abgelegt werden soll, in beglaubigter Kopie.

Anmeldeschluss ist der 11. April 2014. Die erforderlichen Anmeldeformulare können bei der Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 - Berufsbildung angefordert werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Art und Grad der Behinderung sind mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung nachzuweisen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: 030 / 40 80 6 - 26 26.

Fortbildungsverpflichtung nach § 95 d SGB V

Am 30. Juni 2014 endet der zweite Nachweiszeitraum für Niedergelassene

Für den Großteil der Berliner niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ist der 30. Juni 2014 ein wichtiges Datum. Bis zu diesem Stichtag müssen sie gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachweisen, dass sie sich in den vergangenen fünf Jahren ausreichend fortgebildet, d.h. 250 Fortbildungspunkte erworben haben.

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat in der März-Ausgabe des KV-Blatts umfassend über den betroffenen Personenkreis und über weitere wichtige Informationen zum diesem Thema berichtet.

Die Ärztekammer Berlin wird bis zum 30.06.2014 für die jetzt betroffenen rund 5.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ein Fortbildungszertifikat ausstellen, das den Erwerb von mindestens 250 Fortbildungspunkten in fünf Jahren bescheinigt. Angesichts des erheblichen Bearbeitungsaufwands liegt es auf der Hand, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte zum gleichen Zeitpunkt ihr Fortbildungszerti-

fikate ausgestellt bekommen können. Im Interesse eines für alle Beteiligten komfortablen, unbürokratischen Vorgehens hat die Ärztekammer im Dezember 2013 und im Januar 2014 zunächst alle diejenigen Kolleginnen und Kollegen angeschrieben, die die Voraussetzungen für die Ausstellung des Fortbildungszertifikates noch nicht erfüllt haben und diesen dringend empfohlen, die erforderlichen Fortbildungspunkte in den nächsten Monaten zu sammeln. Im Weiteren wird die Ärztekammer all jenen, die ihre erforderlichen 250 Fortbildungspunkte schon beisammen haben und noch keinen Antrag auf Ausstellung des Zertifikates gestellt haben, in den nachfolgenden Monaten unaufgefordert das Fortbildungszertifikat ausstellen und übermitteln.

Da sich täglich eine erheblichen Anzahl von Kolleginnen und Kollegen telefonisch oder per E-Mail an die Ärztekammer mit der Bitte um Auskunft zu ihrem Punktekonto wenden, ist nicht in allen Fällen eine umgehende Auskunft und Beratung möglich.

Zur Orientierung über den bei der Ärztekammer Berlin erfassten individuellen Punktestand können Sie das bequeme Online-Punktekonto nutzen, das die Kammer seit 2008 für alle Mitglieder anbietet. Das Online-Punktekonto wird Ihnen im Mitgliederportal der Ärztekammer Berlin bereitgestellt. Einen persönlichen Zugang können Sie per E-Mail an mitgliederportal@aekb.de unter dem Stichwort „Startansreiben“ anfordern. Sollten in Ihrem individuellen Punktekonto Veranstaltungen noch nicht registriert sein, da beispielsweise keine Barcode-Aufkleber verwendet wurden, für die aber Teilnahmebescheinigungen vorliegen, so übernimmt die Ärztekammer Berlin die manuelle Nacherfassung und Punktegutschrift. Damit diese auch in der Kürze der Zeit und unter dem aktuell großen Beratungsbedarf gelingt, bitten wir Sie, folgendes unbedingt zu beachten:

1. Senden Sie uns bitte ausschließlich nur die Veranstaltungsbescheinigungen ein,

- die noch nicht auf dem Konto registriert wurden und zum Erreichen der erforderlichen Punktzahl benötigt werden
2. Senden Sie nur Veranstaltungsbescheinigungen ein, die eine Veranstaltungsnummer (VNR) aufweisen
3. Senden Sie nur Kopien ein (diese werden nach der Erfassung vernichtet)
4. Heften Sie die Kopien chronologisch ab
5. Legen Sie ein kurzes Begleitschreiben mit Ihrem Bearbeitungswunsch anbei

Für die Bearbeitung bitten wir Sie schon jetzt um Geduld. Nicht oder später als am 01.07.2004 niedergelassene Kammermitglieder, beispielsweise Fachärzte im Krankenhaus, haben mit dem Kontenabgleich und dem Fortbildungszertifikat noch ausreichend Zeit. Sie werden gebeten, mit Anfragen und Zusendungen bis zum August 2014 zu warten, da alle Arbeiten für die vom KV-Stichtag betroffenen Kammermitglieder derzeit vorgezogen werden müssen.

DOC GESUCHT?

PRAXIS, KLINIK, WOCHENENDDIENST, URLAUBSVERTETUNG...

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

DR. MED. MAX MUSTERMANN
TEL 0183.57 12 34 56 8

Honorarärzte

Liberté, toujours?

Genau Zahlen gibt es nicht, und selbst eine juristisch hieb- und stichfeste Definition fehlt. Schätzungen und Hochrechnungen zufolge arbeiten derzeit 1.500 bis 6.000 Mediziner in Deutschland als Honorarärzte, die meisten von ihnen in Krankenhäusern.

Wichtigstes Fachgebiet ist die Anästhesiologie. Ihre Arbeitskraft wird angesichts des Ärztemangels vor allem in strukturschwachen Gebieten dringend gebraucht. Ihr eigenes Hauptmotiv ist die Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen, wie die erste größere Studie zum Thema zeigt, basierend auf Daten aus den Jahren 2009/2010.

Wo liegen die Tücken und Fallstricke eines Konzepts, das sich zunehmender Beliebtheit erfreut, wo liegen möglicherweise seine Chancen – für das Gesundheitswesen insgesamt und nicht zuletzt für die berufliche Zufriedenheit von Arzt und Ärztin?

Von Adelheid Müller-Lissner

Heilkunde sei nicht nur Wissenschaft, sondern ein Stück weit auch Kunst, ist oft zu hören. Seit einigen Jahren haben Mediziner mit Künstlern eine weitere Gemeinsamkeit: Es gibt, zumindest für eine Gruppe unter ihnen, Agenturen, die sie unter Vertrag nehmen und ihnen Aufträge vermitteln. Bei www.aerztehof.de sind Ärzte aller Fachrichtungen sofort zu haben, www.doc-to-rent.de ist die Seite „von Ärzten für Ärzte“, www.stegdoc.de vermittelt wie www.honorararztagentur.de oder www.doctari.de Honorarärzte an Kliniken, die „AnästhesieAgentur“ hat sich als Zeitarbeitsunternehmen auf eine Facharztgruppe spezialisiert, während „Medi-Jobs“ auch die Vermittlung von Pflegekräften und Assistenzberufen umfasst.

„2010 sind besonders viele dieser Agenturen entstanden, das war ein Boom-Jahr“, sagt der Berliner Anästhesist Dr. med. Nicolai Schäfer, Erster Vorsitzender und Geschäftsführer des Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. (BVH). Schäfer selbst hat bereits im Jahr 2003 den Schritt in Richtung Freiberuflichkeit getan, 2008 war er maßgeblich an der Gründung des Verbandes beteiligt. Inzwischen hat der BVH 450 Mitglieder, 91 davon sind Berliner. „Wir möchten die Ärzte vertreten, die weitestgehend selbstbestimmt beruflich tätig sein wollen“, sagt Schäfer selbstbewusst. „Ich wünsche mir auf lange Sicht ein Aktionsbündnis der Freiberufler im Gesundheitswesen, das deren Interessen wahrnimmt. Hebammen, Physiotherapeuten und andere Gesundheitsberufe gehören eigentlich auch dazu.“

Anfangs habe es innerhalb der Ärzteschaft durchaus Misstrauen gegenüber den freischwebenden, nur kurzzeitig in die Abteilung eines Krankenhauses einfliegenden Kollegen gegeben, so berichtet er. „Man sah sie vorwiegend als Konkurrenz, vermutete in ihnen Berufsversager und neidete ihnen auch manchmal die vermeintlich bessere Bezahlung.“

Wenn fest angestellte und freiberufliche Ärzte in den Kliniken inzwischen weniger

fremdeln, hat das auch mit Verschiebungen in einigen Abteilungen der Krankenhäuser zu tun: Im „Krankenhausbarometer“ 2013 des Deutschen Krankenhausinstituts ist nachzulesen, dass im Jahr 2012 zwei von drei Einrichtungen Honorarärzte beschäftigten. „Sie sind kein Ersatz für gut funktionierende Abteilungen, spielen aber eine wichtige Rolle bei der Kompensation voraussehbarer Situationen, etwa als Schwangerschaftsvertretungen“, berichtet Schäfer.

Wer den Schritt aus der Festanstellung oder der Niederlassung in die honorarärztliche Tätigkeit tut, entscheidet sich dafür nicht zuletzt aus „Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen im Gesundheitswesen“. Das zeigt eine Studie des BHV, für die an die 900 Honorarärzte online befragt wurden.

Einige Erfahrung mit Klinikstrukturen hatten die Befragten alle: Schließlich standen sie im Schnitt schon 14 Jahre im Beruf, drei Viertel von ihnen kamen direkt von einem Angestelltenverhältnis in der Klinik, 90 Prozent hatten mindestens einen Facharzt in der Tasche. Die Angaben zur Person zeigen: Im Mittel sind Honorarärzte 49 Jahre alt, 70 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte sind verheiratet, sechs von zehn haben finanziell noch von ihnen abhängige Kinder. 70 Prozent der Studienteilnehmer waren Männer, doch die halbjährliche Mitgliederbefragung zeigt, dass der Frauenanteil inzwischen zunimmt.

„Das sind sehr erfahrene Kollegen, die mit dem Gesundheitswesen nicht zufrieden sind, es sind Ärzte, die Ärzte bleiben wollen, nur mit weniger bürokratischen



Fotos: privat

»Für die Niederlassung fühlte ich mich noch nicht reif«

Bartholomäus Gabrys, 38 Jahre
Facharzt für Orthopädie

Die Zeit, in der er hauptberuflich als Honorararzt tätig war, liegt inzwischen hinter Bartholomäus Gabrys. Seit letztem Jahr ist er wieder fest angestellt, in einem MVZ in Berlin. In den zwei Jahren davor hat er quer durch die Republik in Kliniken operiert und Praxisvertretungen übernommen.

Es war für den jungen Mediziner eine Lebensphase „dazwischen“: „In der Klinik fühlte ich mich zu sehr an feste Strukturen gebunden, konnte zu wenig beeinflussen und musste mir zu viel vorschreiben lassen. Es war also Zeit für einen Wechsel. Doch ich fühlte mich auch noch nicht reif für die Niederlassung.“ So reiste er von Berlin aus mal in den hohen Norden, mal ins Ruhrgebiet oder nach Stuttgart, lebte in der Woche oft aus dem Koffer, in Apartments, die die jeweilige Klinik zur Verfügung stellte, oder in Hotelzimmern. Meist verbrachte er nur das Wochenende mit seiner Lebensgefährtin zuhause.

Inzwischen habe sich die Auftragslage sehr zum Schlechten verändert, berichtet Gabrys. „Wäre die Situation noch wie im Jahr 2011, dann würde ich vielleicht weiter als Honorararzt arbeiten.“ Das Verhältnis zu den fest angestellten Ärzten sei nämlich meist recht angenehm gewesen, anfängliches Misstrauen habe sich bald gelegt: „Die Leute haben gesehen, dass meine Arbeitskraft der Klinik gut tut.“ Nun will er sie bald in eine eigene Praxis stecken.

Funktionen“, kommentiert Schäfer die Ergebnisse. Er berichtet von ehemals angestellten Klinikärzten, die sich über Jahre engagiert haben, um trotz Personalmangel und veränderter Stellensituation den Betrieb aufrecht zu erhalten, „schließlich aber unter den Tendenzen zur Ökonomisierung und Effizienzsteigerung zu sehr gelitten haben“. Es fallen Begriffe wie „Verschleiß“ und „Motivationsverlust“. „Wir sprechen hier keineswegs nur über die berühmte ‚Generation Y‘, sondern über den akademischen Mittelbau, der nach dem Sinn der eigenen Arbeit fragt.“ Kurz: Schäfer sieht die honorarärztliche Tätigkeit als eine „kleine Fluchtmöglichkeit“.

Den häufig erhobenen Vorwurf, die Freiberufler pickten sich nur die Rosinen aus dem Krankenhaus-Kuchen, kann der Anästhesist schon aus eigener Erfahrung nicht gelten lassen. „Ich habe in Kliniken jede Menge Dienste übernommen, die keiner machen wollte, zum Beispiel Ostern auf der Wache.“

Im Schnitt verpassten die befragten Honorarärzte ihrer neuen Tätigkeit in der Zufriedenheits-Wertung trotzdem die Schulnote „2“. Das „Gut“ begründen sie vor allem mit dem Gefühl der Unabhängigkeit und der Möglichkeit zur autonomen Zeitgestaltung. Aber auch bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die berühmte „Work-Life-Balance“ und die Entlastung von lästigen administrativen Aufgaben spielen eine wichtige Rolle. Wenn es trotzdem nicht zu einem „Sehr gut“ reicht, dann vor allem wegen juristischer und organisatorischer Unsicherheiten – die sich inzwischen auch auf die Auftragslage auswirken.

Denn so „frei“ er auch wirken mag: Der Honorararzt ist ein Politikum. Dabei fehlt es bisher an einer juristisch hieb- und stichfesten Definition. Die Bundesärztekammer, die im „Boom-Jahr“ 2010 aus gegebenem Anlass eine eigene Arbeitsgemeinschaft Honorarärzte gegründet hat, beschreibt Honorarärzte als „Fachärztinnen und Fachärzte, die in einer medizi-

nischen Einrichtung befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind“. In einer gemeinsamen Positionsbestimmung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung aus dem April 2011 wird ausdrücklich festgestellt, die Zunahme dieser ärztlichen Arbeitsform sei nicht Ursache, sondern Folge des herrschenden Ärztemangels. Schuldzuweisungen an die freiberuflich tätigen Kollegen finden sich hier also nicht. Zu achten sei allerdings auf ein „zuträgliches Maß“ des Einsatzes von Honorarärzten, so BÄK und KBV.

Doch woran bemisst sich das? In den USA und in Großbritannien ist jeder zehnte Arzt auf Honorarbasis tätig. Auch wenn es keine genauen Zahlen gibt: In Deutschland liegt die Quote auf jeden Fall deutlich darunter. Geht es nach dem Landessozialgericht Baden-Württemberg, dann sollte es die freiberuflichen Ärzte allerdings überhaupt nicht geben. Aus einem Urteil vom April 2013 lässt sich ableiten, dass die Richter die Berech-



Fotos: privat

»Ich komme gut gelaunt und werde mit offenen Armen empfangen«

Dr. med. Bettina von Gebhardt, 59 Jahre
Kinderchirurgin, Chirurgin und Notfallmedizinerin

„Das Weitesten war Landau an der Isar“, erzählt Bettina von Gebhardt. Meist ist sie allerdings in Brandenburg oder in Sachsen-Anhalt unterwegs, und zwar als

Notärztin. Klinikvertretungen macht sie augenblicklich nur in Berlin, wo sie auch Mitglied der Ärztekammer ist. Sie wird dann kurzfristig von den Kliniken angestellt, die auch Sozialabgaben zahlen. „Für die Krankenhäuser ist das teurer, aber auch sicherer.“

Zur honorarärztlichen Tätigkeit kam sie 2010. Zuvor war sie Oberärztin in der Kinderchirurgie einer Berliner Klinik. „Das Thema war im Kommen, und zu meiner persönlichen Situation

passte das nach einer Krankheit und einem Chefarztwechsel an der Klinik gut.“ Zunächst habe sie selbst die Kontakte zu Kliniken gesucht, an denen sie anschließend als Chirurgin arbeitete. „Auf einer Messe habe ich dann ‚Hire a doctor‘ und die Notarztbörse kennengelernt. Bald flatterten pro Tag vier bis fünf Angebote für Vertretungen bei mir ein. Ich habe begonnen, mir persönliche Pläne zusammenzuschustern.“ Bettina von Gebhardt mag ihre derzeitige Tätigkeit. „Ich komme gut gelaunt an meinen Einsatzort und werde dort anerkannt, außerdem fühle ich mich zum ersten Mal in meinem Leben angemessen bezahlt.“ Persönlich ist sie also ausgesprochen zufrieden. „Politisch finde ich die ‚Krücke‘ Honorararztwesen allerdings problematisch, auch wenn es derzeit nicht anders geht. Die Kliniken brauchen dringend Arbeitskräfte. Es ist nicht schön zu sehen, dass in vielen Kliniken die Festangestellten auf dem Zahnfleisch gehen.“

tigung zur Tätigkeit eines Arztes im Krankenhaus an dessen Anstellung oder aber an eine Niederlassung knüpfen.

In mehreren laufenden Gerichtsverfahren geht es inzwischen um die sozialversicherungsrechtlich relevante Frage der „Scheinselbstständigkeit“ von Honorarärzten (siehe dazu den juristischen Beitrag ab S. 20). Der BVH wünscht sich dazu klare gesetzliche Regelungen. „In vielen Berufszweigen zeige sich ein grundlegender Wandel der Arbeitswelt hin zur Freiberuflichkeit“, gibt Schäfer zu bedenken. Auch in der Medizin müsse man sich von einem Denken trennen, das nicht mehr zeitgemäß sei. Und neue Wege finden, auch in Sachen Sozialversicherungspflicht.

„Wir müssen schon deshalb kreative Modelle entwickeln und uns vom alten Arztbild lösen, weil sonst die fachärztliche Versorgung auf dem Land nicht mehr gewährleistet werden kann.“ Gut denkbar sei etwa, dass von Kommunen betriebene Praxen mit Honorarärzten zusammenarbeiten. Zum Beispiel mit Medizinern, die in Großstädten wie Berlin leben und einen Teil ihrer Arbeitszeit auf dem Land verbringen. „Im Hinblick auf aktuelle und kommende Versorgungsfragen halten wir die grundsätzliche Verfügbarkeit eines freiberuflich tätigen Pools von Ärzten, die binnen kürzester Zeit zur Übernahme medizinischer Tätigkeiten in den Gesundheitseinrichtungen des Landes (Kliniken, Praxen und Rettungsdienstbereichen) rekrutierbar sind, für sinnvoll und äußerst wünschenswert“, heißt es dazu zusammenfassend in einer Stellungnahme des Bundesverbands zum Urteil aus Baden-Württemberg.

Ein Weg, mit dem man den juristischen Fallstricken entkommen kann, ist die „Arbeitnehmerüberlassung“, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in einer Stellungnahme aus dem Jahr 2011 betont. Die Ärzte bekommen in dieser – besser unter Begriffen wie Leasing, Zeitarbeit oder Leiharbeit bekannten – Dreiecksbeziehung ihr Geld als zeitweilige Angestellte von einer Firma, die ihrer-

seits einen Vertrag mit dem Krankenhaus abschließt. „Um Leiharbeiter zu werden, sind die Ärzte aber nicht aus der Klinik gegangen“, moniert Schäfer. Zusammen mit einem einschlägig erfahrenen Unternehmensberater hat er deshalb das Konzept einer Genossenschaft für Honorarärzte entwickelt, das sich vom „Maklergeschäft der Agenturszene“ abheben soll (siehe Interview S. 18).

Ein heikles Problem stellt sich auch in Sachen Mitgliedschaft in Kammer und Versorgungswerk: In welcher Landesärztekammer nämlich die beruflich über Kammergrenzen hinweg mobilen Honorarärzte Mitglied sein sollen. Die 91 Mitglieder des Bundesverbandes, die in Berlin wohnen, sind von dieser Frage in besonderem Maß betroffen, denn sie arbeiten die meiste Zeit in anderen Kam-

merbezirken. Beim BVH wünscht man sich, dass statt reger An- und Abmeldetätigkeit eine „Monomitgliedschaft“ in der für den Wohnort zuständigen Ärztekammer möglich wird. Rein praktisch gesehen geht es darum, lästige Formalitäten loszuwerden.

Aber ist hinter dem Wunsch nach bleibender Mitgliedschaft in Kammer und Versorgungswerk nicht auch so etwas wie eine zarte Sehnsucht der „Freien“ nach einem beruflichen Fixpunkt zu erahnen? Wie auch immer: Die Entwicklungen rund um das Honorararztwesen bleiben spannend.

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin



Fotos: privat

»Das Schöne ist: Ich kann auch wieder weg!«

Dr. med. Uwe Schulz, 58 Jahre
Anästhesist und Intensivmediziner

Uwe Schulz hat schon einiges von der Welt gesehen, auch von der Welt der Krankenhäuser. 2006 bis 2010 hat er als Anästhesist und Intensivmediziner in Abu Dhabi gearbeitet, 2011 für sieben Monate im französischen Übersee-Department Guadeloupe, vor kurzem erst ist er

aus Französisch-Guayana zurückgekehrt. Acht Jahre ist es nun her, dass er in Berlin an der Charité fest angestellt war. „Eine Anstellung im Krankenhaus ist nicht mehr mein Traum, inzwischen fühle ich mich zu alt, um mir fachliche Weisungen geben zu lassen“, sagt der 58-Jährige. Stattdessen springt er, wenn er im Lande ist, in Kliniken und sehr gern auch in Neuro-Reha-Einrichtungen ein, ob nun in Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern oder auch in Nordrhein-Westfalen. Die Angebote kommen hauptsächlich über Agenturen.

Fragt man ihn nach den Unterkünften, die ihn am Einsatzort erwarten, so berichtet er von perfekt eingerichteten kleinen Wohnungen und kleinen Pensionen. „Ich habe aber auch schlimme Sachen erlebt, etwa ein Zimmer mit freiem Zugang zur Pathologie und Gemeinschaftsbad. Das Schöne ist aber immer: Ich kann wieder weg!“ Demnächst heißt das für ihn wieder: Weit weg. Nach Australien, wo er ebenfalls in seinem Beruf arbeiten möchte.

Interview mit Dr. Nicolai Schäfer

„Mit der Genossenschaft wollen wir ein Maximum an Transparenz schaffen“

Herr Dr. Schäfer, im Dezember 2012 haben Sie die eingetragene Genossenschaft Locumcert gegründet, im Sommer 2013 hat sie mit ihrer Geschäftstätigkeit begonnen, heute hat sie 60 Mitglieder. Was bringt das den Beteiligten?

Wir gehen davon aus, dass dieses Instrument die Rechtssicherheit erhöht. Die juristische Person Genossenschaft kann medizinische Dienstleistungen erbringen wie ein Krankenhaus. Ihre Mitglieder bleiben aber selbstständige Unternehmer, die selbst Kontakt mit Krankenhäusern aufnehmen. Wir wollen wegkommen vom Maklergeschäft der Agenturen. Über 90 Prozent der Einnahmen gehen an die Ärzte. Sie können zudem, anders als in den Agenturen, untereinander in Kommunikation treten und damit ein Maximum an Transparenz schaffen. Wir können Erfahrungen austauschen, brauchen die Abgrenzungsmentalität nicht. Wir sind ein gleichberechtigter Zusammenschluss von Selbstständigen, mit einer Satzung wie im Verein.

Der Neueinstieg eines Kollegen in eine Abteilung kommt oft ziemlich abrupt, ohne dass beide Seiten Zeit für Vorbereitungen hätten. Kann eine Genossenschaft daran etwas verbessern?

Durchaus! Unsere Mitglieder sollen möglichst viele Infos zur Klinik, bis hin zur Lage der Toiletten, schon vor Arbeitsbeginn haben. Nach und nach wollen wir zu einer langfristigen Zusammenarbeit mit den Kliniken kommen, wir denken auch an Rahmenverträge. Und es gibt weiter gehende Ideen: Warum sollte eine Genossenschaft nicht auch Trägerin eines Krankenhauses werden? Das ist schließlich ein etablierter Weg der Unternehmensgründung mit vielen demokratischen Elementen.

Wir sehen das durchaus als Gegenmodell zur Schließung kommunaler Häuser oder zur Privatisierung.

Paragraph 2 des Krankenhausentgeltgesetzes, das seit 2013 in geänderter Form in Kraft ist, legt klar fest: Ärzte von außerhalb müssen die gleichen qualitativen Voraussetzungen mitbringen wie die Angestellten. Kann eine Genossenschaft dazu etwas beitragen?

Wir dürfen unsere Augen nicht vor spezifischen Risiken verschließen, die entstehen können, wenn Ärzte durch die ganze Republik reisen. CIRS-Systeme zeigen, es gab bisher nur wenige Ereignisse, aber es gab sie. Unser Plan ist, alle Genossenschaftsmitglieder zu zertifizieren. Zunächst einmal soll es um die formale Qualifikation gehen: Wir übernehmen die kostenpflichtige Überprüfung der Approbation, überprüfen die Berufspflicht, die im operativen Bereich ein Minimum von zehn Millionen Euro Deckungssumme umfassen muss. Wir stellen auch sicher, dass eine arbeitsmedizinische Untersuchung stattfindet.

Geplant ist auch ein obligatorischer Kurs zum Thema Patientensicherheit. Die Zertifizierung ist noch ein Work in Progress.

Oft wird kritisiert, dass Honorärärzte zwar selbst eine Facharztausbildung genossen haben, ihr Wissen aber nicht in der Weiterbildung an junge Kollegen weitergeben.

Eigentlich könnte man diese erfahrenen Leute auch ganz gezielt für die Weiterbildung einsetzen, gerade in ländlichen Regionen. Es ist gut vorstellbar, dass sie eine Dienstleistung in der Weiterbildung und im Coaching junger Kollegen übernehmen. Auf den Gedanken ist noch keiner gekommen, aber man könnte es regeln. Überhaupt würde ich mir wünschen, dass die Kompetenzen der freiberuflich tätigen Ärzte umfassender genutzt würden.

Wir kennen einen Fall, in dem eine führungslose Abteilung nach dem plötzlichen Tod des Chefarztes durch einen kompetenten Honorararzt, der schon länger dort tätig war, als Interims-Manager geleitet wurde. Wenn Honorärärzte brach liegende Abteilungen schließlich als Angestellte übernehmen, kann das sogar ein Konzept der Abwerbung sein.

(Mit Dr. Schäfer sprach Adelheid Müller-Lissner)

Tabelle der wesentlichen Fachgebiete (Zahlen vom Bundesverband der Honorärärzte)

Fachgebiet	2009 / 2010	2013
Anästhesie	38%	54%
Allgemeinmedizin / Innere Medizin	20%	22%
Chirurgie und operative Fächer	10%	9%
Gynäkologie / Geburtshilfe	9%	3%
Psychiatrie / Neurologie u.ä.	1%	5%
Radiologie u.ä.	5%	5%

2 Positionen zum Thema Honorarärzte



Bin ein fahrender Gesell, kenne keine Sorgen...

Wenn in unserer Zeitschrift – die allen Berliner Ärzten zugänglich ist – über ein ärztliches Funktionsbild geschrieben wird, müsste man annehmen, dass es auch für alle Ärzte taugt – zumindest theoretisch. Tut es aber nicht,

denn hier wird über den gelebten Egoismus parliert. Wer seine „work-life-balance“ (für mich im ärztlichen Wortschatz das Unwort des Jahres 2013) über das Wohl des Patienten stellt, wird „weitestgehend selbstbestimmt beruflich tätig“ (Zitat Dr. Nicolai Schäfer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Honorarärzte). Bezeichnenderweise kommt in den Ausführungen von Dr. N. Schäfer die Formulierung „Patient“ gar nicht vor. Der Honorararzt ist ohnehin eine gesundheitspolitische Mangelgeburt.

Wenn es genügend am Patienten arbeitende Ärzte gäbe und es den Verwaltungsdirektoren verwehrt wäre, mit ärztlicher Arbeitszeit zugunsten der Ertragsmaximierung zu jonglieren, käme kein Arzt auf die Idee, seine Leistung stundenweise feilzubieten. Gedankliche Analogien will ich lieber nicht verfolgen! Dass im Zusammenhang mit honorarärztlicher Tätigkeit der Begriff „Freiberuflichkeit“ strapaziert wird, dokumentiert allenfalls ein Missverständnis. Die Werbung für den Honorararzt verunglimpft diejenigen, die sich für ihre Praxis, für ihre Einrichtung, für ihre Mitarbeiter und für ihre Patienten verantwortlich fühlen – nicht nur für sich selbst.

Prof. Dr. med. Harald Mau
Mitglied des Vorstandes der
Ärzttekammer Berlin

Das Honorararztwesen, eine alltägliche, aber nicht definierte Realität

Das Thema „Honorararzt“ geriet in der Ärztekammer ganz unerwartet zu einer heiß geführten Diskussion. Die einen sehen darin eine Existenz und deren Gestaltungsmöglichkeit, die anderen vor allem Gefahren, fehlende Kontrollen, juristische Fallstricke und mangelnde soziale Absicherung. Man muss dabei vorausschicken, dass das Honorararztwesen aus einem Versorgungsmangel entstanden ist, welcher von Politik und Krankenkassen verursacht wurde. Dabei ist die Begrifflichkeit nicht definiert und sehr variabel wie auch die Vergütung und die sozialen Absicherungen. Durch den Honorararzt wird der geschaffene Bedarf durch Unterbesetzung in Kliniken sowie des Ärztemangels allgemein in einem geringen Umfang ausgeglichen und dieses lässt sich der Betreffende selbstverständlich seinen Vorstellungen entsprechend (Arbeitszeit/Geld) vergüten. Das ist nicht anstößig. Ein erfahrener Honorararzt kann gleichermaßen dem Patienten zugewandt und sicher in die Patientenversorgung integriert werden wie

die festangestellten Kollegen, wenn eine Kontinuität der Tätigkeit über einen gewissen Zeitraum gegeben ist. Gefahren könnten jedoch durch kurzfristige Tätigkeiten und schlechte Integration entstehen. Der Honorararzt ist eine aus der Not geborene Lösung für Versorgungsengpässe, die ihm selber nicht anzulasten ist. Er ist an vielen Stellen eine nicht mehr wegzudenkende Realität geworden. Eine juristische Klarheit ist diesbezüglich unabdingbar. Die Ursache der Entwicklung des Honorararztwesens kann nur durch die Politik verändert werden.

Dr. med. Bernd Müller
Mitglied des Vorstandes der
Ärzttekammer Berlin



Fotos: K. Friedrich



Fotos: privat

»Wie viele Jobs nehme ich an, wie viel Unsicherheit halte ich aus?«

Dr. med. Christoph Gosepath, 52 Jahre, Facharzt für Psychiatrie

Hätte er einen Doppelgänger, dann wäre Christoph Gosepath wohl noch festangestellter Arzt in einer Klinik für Psychiatrie. Bevor er sich im Jahr 2011 selbstständig machte, hatte er im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gearbeitet – und dort auch kurz die Psychotherapiestation geleitet. „Eine oberärztliche Tätigkeit in einer Klinik war für mich allerdings auf Dauer nicht möglich, weil mir der Widerpart fehlte“, sagt der Psychiater. Der Widerpart, das wäre jemand, der die eine Hälfte des Jahres Arzt, die andere aber etwas ganz anders sein möchte. Gosepath, der auch einen Master in Philosophie und Literaturwissenschaft gemacht hat, ist in dieser „anderen“ Hälfte Theaterregisseur, er hat früher mit Größen wie Peter Stein, Bob Wilson und Leander Hausmann zusammengearbeitet (BERLINER ÄRZTE berichtete über seine Arbeit in 9/2013). Um beides unter einen Hut zu bekommen, hat der Psychiater seine ärztliche Tätigkeit

vielseitig gestaltet: Psychotherapeutische Privatpraxis in Berlin, Lehrtätigkeit, Gutachten, Wochenend- und Nachtdienste in psychiatrischen Kliniken, vornehmlich in anderen Städten, ob nun in seiner Heimatstadt Recklinghausen, im Schwarzwald oder in Bremen. Da es nicht sehr viele Einsatzorte sind, kennt er dort inzwischen die Kollegen und die Abläufe. „Es ist gut, wenn man sich vertraut. Trotzdem erlebe ich es als Mangel, dass ich das Schicksal der Patienten nicht länger verfolgen und in der Klinik organisatorisch nichts mitgestalten kann. Meine Praxis ist deshalb für mich der richtige Gegenpol.“ Als Klippe der Freiberuflichkeit empfindet er es auch, dass er sich um viele administrative Dinge selbst kümmern muss. Mit dem geschulten Blick des Psychotherapeuten sieht er ein weiteres Problem der Honorarärzte: „Man muss sehr genau auf die eigene Arbeitshygiene achten: Wie viel Arbeit nehme ich an, wie viel Unsicherheit halte ich aus?“

Beruf Honorararzt – eine nicht nur juristische Ansicht

Als frischgebackener Facharzt erstmal raus aus der Mühle, als langjährige Fachärztin endlich ein bisschen Freiheit ohne die ganz große Verantwortung der Selbstständigkeit. So oder ähnlich mögen die Motive für die Wahl einer ärztlichen Tätigkeit dieser Ausprägung aussehen. BERLINER ÄRZTE begleitet einen Arzt bei seinem Start als Honorararzt¹ nicht nur aus juristischer Perspektive.

Von Martina Jaklin

Herr Dr. med. Honig² wohnt in Berlin und hat erst vor kurzem von der Ärztekammer Berlin die Facharztqualifikation Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie verliehen bekommen. Er ist sich noch nicht ganz sicher, ob er im Krankenhaus bleiben oder sich selbstständig machen sollte. So schnell, wenn überhaupt, möchte er jedenfalls nicht den Schritt in die Selbstständigkeit wagen; am besten zur Orientierung und um zu sehen, wie es anderswo ist, eine zeitlang Honorararzt werden. Das soll heute ja rechtlich unproblematisch gehen. Erfahrungen lassen sich dabei vielfältig sammeln und wenn eine Pause angesagt ist, ein paar Wochen einfach mal weg – ohne Urlaubsantrag.

¹ Soweit in diesem Beitrag an einigen Stellen auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Form verzichtet wird, geschieht dies ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit. Die Ärztekammer Berlin beachtet die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung.

² Dr. Honig ist eine fiktive Person. Ähnlichkeiten mit lebenden oder verstorbenen Personen sind nicht beabsichtigt und ggf. rein zufällig.

Muss ich mich als Honorararzt bei allen Ärztekammern anmelden?

Herr Dr. Honig hat schon mal davon gehört, dass er der Ärztekammer Berlin innerhalb eines Monats die Aufnahme, die Beendigung und jede sonstige Änderung der Berufsausübung, einschließlich der Tätigkeitsart und der Tätigkeitsorte sowie den Wechsel des Wohnsitzes anzuzeigen hat.³ Die Angabe der von ihm zukünftig ausgeübten Tätigkeitsart dürfte dabei klar sein: Honorararzt. Schwieriger wird es schon mit der Angabe des Tätigkeitsortes. Der wird wechseln. Möglicherweise wird er sogar Stellen in anderen, vielleicht sogar in allen Bundesländern annehmen. Und was ist dazwischen, d. h. in Zeiten ohne Honorararztstätigkeit? Bleibt er dann Mitglied der Ärztekammer Berlin? Muss er jede einzelne Beendigung und jeden einzelnen Beginn seiner Honorararztstätigkeiten der Kammer oder gar allen Mitglieds-kammern melden?

Eine Beratung bei der Kammer hat Licht ins Dunkel gebracht: Nach dem Berliner Kammergesetz gehören der Ärztekammer Berlin alle Ärzte an, die im Land Berlin ihren Beruf ausüben oder, ohne bereits Kammerangehörige in einem anderen Land der Bundesrepublik Deutschland zu sein, ihren Wohnsitz haben.⁴ Im Klartext: Das Berliner Kammergesetz unterscheidet zwischen der sog. Tätigkeitsmitgliedschaft und der Wohnsitzmitgliedschaft und das ist in den anderen Kammerbezirken ähnlich, wobei allerdings im Einzelfall durchaus Abweichungen bestehen können. Herr Dr. Honig ist daher immer automatisch Mitglied der Ärztekammer Berlin, wenn er in Berlin ärztlich tätig ist oder wenn er gerade keinen Honorararztjob hat und noch in Berlin wohnt. Durch seine ärztliche Tätigkeit in Berlin wird Dr. Honig qua Gesetz automatisch Mitglied der Kammer. Eine neue ärztliche Tätigkeit muss er trotzdem der Kammer melden, denn sonst kann die Kammer ihren Pflichten nicht nachkommen.

Sobald Dr. Honig eine Stelle in einem anderen Bundesland annimmt, wird er Mitglied der dortigen Kammer.⁵ Die Mitgliedschaft bei der Ärztekammer Berlin würde damit faktisch beendet, sofern er nicht zusätzlich in Berlin ärztlich tätig ist. Er muss der Ärztekammer Berlin seinen Wechsel in das andere Bundesland mitteilen und sich bei der neuen Kammer anmelden.

In dem Kammerbezirk, in dem er regelmäßig ärztlich tätig wird, z. B. jeden Monat eine Woche oder an allen Wochenenden, dort bleibt er Kammermitglied, auch wenn er zwischenzeitlich in anderen Kammerbezirken aufgrund dortiger Tätigkeit Mitglied wird. Er ist dann „Doppelmitglied“. Zugegeben, Föderalismus könnte einfacher gehen. Da es sich bei der Tätigkeit des Honorararztes um eine relativ neue Ausprägung des ärztlichen Berufes handelt, sind die Heilberufe- und Kammergesetze der Länder hierauf noch nicht eingestellt. Vorschläge der Ärztekammern zum Umgang mit dem Thema liegen den Landesgesetzgebern seit langem vor und werden hoffentlich bald umgesetzt werden. So lange dies noch nicht geschehen ist, muss wie beschrieben verfahren werden. Honorarärzte werden daher gebeten, trotz der Umstände ihren Meldepflichten nachzukommen. Diejenigen, die sehr häufig sehr kurze Honorararztstätigkeiten annehmen und damit sehr häufig wechseln, können sich jedoch an die Ärztekammer Berlin wenden. Es wird dann versucht, zum Meldeverfahren eine für alle Seiten praktisch handhabbare und rechtlich vertretbare Lösung zu finden. In Berlin besteht bereits jetzt die Möglichkeit, Änderungen der Meldedaten über das elektronische Kammerportal selber vorzunehmen. Soweit die Ärztekammer Berlin satzungsrechtliche Gestaltungsmöglichkeit

hat, z. B. im Beitragswesen, sind Anpassungen zur Vermeidung von echten Doppelbelastungen, schon realisiert worden. Im Übrigen hat es im Versorgungsrecht bereits entsprechende Modifikationen gegeben. Die Satzungen der Ärzteversorgungen sehen in bestimmten Fällen die Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht vor.

Bin ich als Honorararzt scheinselfständig?

Herr Dr. med. Honig hat die Meldung bei der Ärztekammer Berlin erledigt und bereits seine erste Stelle gefunden, in Berlin für zwei Monate im Krankenhaus. Ein Stationsarzt, der Vater geworden ist, nimmt Elternzeit und den vertritt er jetzt. Ein guter Einstieg, denkt er, denn viel anders als bei seiner noch nicht lange zurückliegenden stationären Weiterbildungszeit ist das auch nicht. Nachdem er sich schon gut eingelebt hat, fällt ihm eines Tages auf dem Weg zur Arbeit in der S-Bahn ein dort von seinem Sitznachbarn liegen gelassenes Formular in die Hände: „Erläuterungen zum Antrag auf Feststellung des sozialversicherungsrechtlichen Status“, oben rechts steht: Deutsche Rentenversicherung. Herr Dr. Honig ist zwar zur Zeit von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit und bei der Berliner Ärzteversorgung rentenversichert, aber diese Statusfeststellungsverfahren der Rentenversicherungsträger beziehen sich ja nicht nur auf die Rentenversicherung und werden auch nicht nur auf Antrag der Beteiligten durchgeführt. Er hat davon auch schon mal gehört und liest mit einem kleinen Unbehagen weiter: „Mit dem Statusfeststellungsverfahren soll den Beteiligten Rechtssicherheit darüber verschafft werden, ob der Auftragnehmer selbstständig

³ Vgl. § 1 Abs. 2 Meldeordnung der Ärztekammer Berlin

⁴ Vgl. § 2 Abs. 1 Berliner Kammergesetz

⁵ Nach den Heilberufe- und Kammergesetzen einiger Länder besteht zurzeit schon die Möglichkeit der Entbindung von der Mitgliedschaft, sofern eine Mitgliedschaft bei einer anderen Kammer besteht oder bei nur gelegentlicher oder vorübergehender Tätigkeit im Kammerbezirk.

tätig ist, oder abhängig beschäftigt und aufgrund der Beschäftigung versicherungspflichtig ist.“

Mit dem Krankenhaus hat Herr Dr. Honig vereinbart, dass er als Honorararzt tätig und selbstständig ist. Er bezahlt deshalb auch seine Rentenversicherungsbeiträge an die Berliner Ärzteversorgung selber und zwar in voller Höhe. Der Arbeitgeber zahlt davon nichts. Dafür ist sein Honorar, das er auf Stundenbasis erhält, höher als ein Gehalt, das angestellte Ärzte in der Regel bekommen. In dem Formular der DRV wird dann auch gleich schon mal der Gesetzestext wiedergegeben: § 7 SGB 4: „*Beschäftigung ist die nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.*“

Herrn Dr. Honig wird noch mulmiger zumute: Es kommt also nicht darauf an, wie seine Tätigkeit im Honorararztvertrag bezeichnet wird, es kommt auf die tatsächlichen Umstände an: So ganz ohne Weisungen und Eingliederung in die Stationsroutine funktioniert es bei seiner aktuellen Elternzeitvertretung jedenfalls nicht. Herr Dr. Honig ruft noch in der Mittagspause bei der Ärztekammer an, um sich beraten zu lassen. Dort wird er jedoch gar nicht erst zur Rechtsabteilung durchgestellt: „Die Ärztekammer führt keine arbeitsrechtliche Beratung durch.“ Man sei nicht zuständig. Irgendwas vom Rechtsberatungsgesetz hat die Dame am Telefon

erwähnt, den Marburger Bund oder fachanwaltliche Beratung empfohlen. „Nicht zuständig“, typisch Behörde! Wofür bezahle ich eigentlich jährlich meine Beiträge? Wenn ich die mal brauche! Na ja, immerhin scheinen die mein Geld nur für Dinge auszugeben, die ihnen auch als Aufgaben vom Gesetzgeber zugewiesen worden sind. Ist ja auch was wert.

Von einer Fachanwältin für Arbeitsrecht erhält Herr Dr. Honig folgende Auskunft: Es erscheint sehr naheliegend, dass seine aktuelle Tätigkeit als abhängige und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung einzuordnen ist. Dafür spreche vor allem die zeitliche und örtliche Einbindung in den Stationsbetrieb und damit in die Organisation des Krankenhauses, die typisch für die eines Arbeitnehmers sei. Er trage auch kein für Selbstständige typisches unternehmerisches Risiko, da er ja jede Stunde seiner Tätigkeit vergütet erhalte und kein eigenes Kapital oder eigene Betriebsmittel einsetzen müsse. Außerdem sei gerade eine gerichtliche Entscheidung ergangen, die Grund zur Sorge bereite: Das Landessozialgericht Baden-Württemberg⁶ habe entschieden, dass die Beschäftigung eines nicht niedergelassenen Arztes in einem Krankenhaus in der Regel nicht als selbstständige Beschäftigung zu qualifizieren sei. Das hätten zwar auch schon andere Gerichte vorher entschieden, das Landessozialgericht gehe jedoch noch einen Schritt weiter: Es sei zudem der Auffassung, dass bei einem nicht niedergelassenen Arzt gar keine

andere Beurteilung in Frage käme, weil dieser aus rechtlichen Gründen diese Tätigkeit nur als abhängige Beschäftigung ausüben dürfe. Dies leite das Gericht aus der Systematik krankenhausrrechtlicher und vertragsarztrechtlicher Bestimmungen⁷ her, wonach u. a. der Krankenhausbetrieb in der Regel durch angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte aufrechterhalten werden müsse.⁸

Durch eine am 1. Januar 2013 erfolgte Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, wonach als vergütungsfähige Krankenhausleistungen auch solche gelten, die durch „nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ erbracht werden⁹, werde dies nicht in Frage gestellt, so das Gericht. Bereits aus dem Wortlaut lasse sich nicht herleiten, dass mit „nicht fest angestellten Ärzten“ auch „gar nicht angestellte Ärzte“ gemeint seien. Hätte der Gesetzgeber auch „gar nicht angestellte Ärzte“ mit einbeziehen wollen, so hätte es des Wortes „fest“ nicht bedurft. Mit „nicht fest angestellten Ärzten“ seien hingegen z. B. befristete Anstellungsverhältnisse gemeint. Zwar gehörten auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen „Dritter“ zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.¹⁰ Honorarärzte, die nicht im Rahmen vertragsärztlicher Zulassung niedergelassen sind, seien jedoch keine „Dritten“ im Sinne dieser Vorschrift, da sie keine zugelassenen Leistungserbringer sind. Kooperationen mit „Dritten“ zur Personaleinsparung seien Krankenhäusern im Übrigen nicht erlaubt. Die in diesem Urteil zur Systematik der krankenhausrrechtlichen Vorschriften geäußerten Auffassungen des Gerichts seien in der Fachwelt jedoch umstritten,¹¹ so die Anwältin.

Allerdings sei trotz Zulassung der Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache keine Revision eingelegt worden. Das Urteil sei damit rechtskräftig, man müsse nun erstmal weitere Entscheidungen von Obergerichten abwarten.

6 LSG Baden-Württemberg, Urteil des 5. Senats vom 17.04.2013, Az: L5R 3755/11, veröffentlicht in Juris

7 Vgl. § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB 5, §§ 2 und 17 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 20 Abs. 2 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)

8 Vgl. § 17 Abs. 3 KHEntgG

9 Vgl. § 2 Abs. 1 KHEntgG

10 Vgl. § 2 Abs. 2 KHEntgG

11 Vgl. Porten, Grundlagen und Grenzen der Leistungserbringung durch Honorarärzte, Springer Verlag 2014, S. 55 ff.; Flintrop, Honorararztwesen in Deutschland: Zeit für pragmatische Lösungen, Deutsches Ärzteblatt 2013, S. 110 (49); OVG Lüneburg, Urteil vom 12.06.2013, Az: 13LC173/10, veröffentlicht in Juris; Pflugmacher, Honorarärzte erneut in Frage gestellt, Ärztezeitung (Onlineausgabe) vom 10.06.2013, siehe hierzu aber auch: BSG, Urteil vom 19.09.2013, Az: B3 KR 8/12 R, veröffentlicht in Juris

Klingt alles ein bisschen kompliziert, denkt Herr Dr. Honig und möchte von seiner Anwältin wissen, was dies nun konkret für ihn bedeutet. Die Anwältin teilt ihm klipp und klar mit, dass seine aktuelle Tätigkeit unabhängig von den krankenhausrrechtlichen Erwägungen des Gerichts höchst verdächtig im Sinne einer abhängigen Beschäftigung sei. Die Konsequenzen hieraus träfen im Fall der Fälle zunächst das Krankenhaus. Sollte z. B. im Rahmen einer Betriebsprüfung durch den Rentenversicherungsträger¹² im Krankenhaus festgestellt werden, dass er und ggf. andere dort als sog. Scheinselbstständige tätig sind oder waren, dann würde das dazu führen, dass das Krankenhaus für die vergangenen vier Jahre¹³ Sozialversicherungsbeiträge für ihn und die anderen Beschäftigten an die Sozialversicherungsträger nachzuzahlen habe.

Da aufgrund der über der Beitragsbemessungsgrenze liegenden Höhe seines Entgeltes davon auszugehen sei, dass er weiterhin privat krankenversichert bleiben könne und er ja als Arzt und Mitglied der Berliner Ärzteversorgung auch als abhängig Beschäftigter von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sei, müsse das Krankenhaus im Fall der Fälle nur die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung nachträglich abführen. Hinzu kämen ggf. noch Lohnsteuernachzahlungen. Da seine Tätigkeit in dem Krankenhaus fast beendet sei, habe er keinen Rückgriff des Arbeitgebers wegen unterbliebener Einbehaltung des Arbeitnehmeranteils der Arbeitslosenversicherung zu fürchten. Ein solcher sei nur durch Abzug bei zukünftigen Entgeltzahlungen möglich. Ein unterbliebener Abzug des Sozialversicherungsbeitrags dürfe nämlich seitens des Arbeitgebers nur bei den drei nächsten Lohn- oder Gehaltszahlungen nachgeholt werden, danach nur dann, wenn der Abzug ohne Verschulden des Arbeitgebers unterblieben ist.¹⁴

Allerdings sei ein solches Feststellungsverfahren kein Spaß, weder für das Krankenhaus noch für den Beschäftigten. Theoretisch sei sogar eine Rückabwick-

lung seines Vertragsverhältnisses möglich mit der Folge, dass er den über dem üblichen Gehalt eines abhängig beschäftigten Arztes liegenden Teil seines Honorars an das Krankenhaus zurückzahlen müsse.

Bei seiner nächsten Honorararztstätigkeit solle er in jedem Fall darauf achten, möglichst nicht in die Krankenhausorganisation eingebunden zu werden und keinen Weisungen zu unterliegen. Krankheits- und Elternzeitvertretungen kämen daher eher nicht mehr in Frage. Nach dem genannten Urteil des LSG Baden-Württemberg sei allerdings auch nicht damit zu rechnen, dass ihm solche Stellen noch groß angeboten würden. Die Krankenhäuser fürchteten die Überprüfung des sozialversicherungsrechtlichen Status ihrer Mitarbeiter schließlich am meisten, außerdem möchten sie die von Honorarärzten eingekauften Leistungen natürlich auch abrechnen können.

Ist eine Genossenschaft die Lösung?

Herr Dr. Honig nimmt seinen Beruf sehr ernst und dazu gehört auch, dass er keinesfalls im rechtlichen, und sei es im sozialversicherungsrechtlichen, Graubereich ärztlich tätig werden möchte. Im Internet hat er sich daher mal die Homepage von „LOCUMCERT eG“ angesehen. Ein Genossenschaftsmodell, bei dem Ärztinnen und Ärzte Mitglieder der Genossenschaft werden. Die eingetragene Genossenschaft, so liest er auf der Homepage, sei „DIE Rechtsform für Honorarärzte“.

Die ärztlichen Leistungen würden von der juristischen Person der Genossenschaft erbracht. Das Thema Scheinselbstständigkeit sei damit „beendet“! So jedenfalls die Auffassung von LOCUMCERT. Weiter ist auf der Homepage zu lesen, dass es sich um eine Berufsausübungsgemeinschaft von Freiberuflern handle. Diese sei hinsichtlich Rechts- und Organisationsaufbau mit einer medizinischen Einrichtung vergleichbar.

Herr Dr. Honig kann es kaum glauben, dass die Lösung so einfach sein sollte und hat daher nochmals bei seiner Rechtsanwältin angerufen. „Weitgehend ungeklärt“ war deren Einschätzung. Das Bundessozialgericht habe im Jahr 2005¹⁵ zwar den einzigen Gesellschafter und zugleich Geschäftsführer einer „Ein-Mann-GmbH“ nicht als abhängig Beschäftigten im Verhältnis zu „seiner“ GmbH angesehen, sondern als sog. arbeitnehmerähnlichen Selbstständigen¹⁶, der lediglich rentenversicherungspflichtig ist. Ob das Verhältnis des Genossenschaftsmitglieds zur Genossenschaft genau so zu bewerten ist, bedürfte indes einer eingehenden Prüfung der Satzung der Genossenschaft, die leider derzeit auf der Homepage der Genossenschaft nicht verfügbar sei. Zudem sei die Frage erlaubt, ob es sich hier nicht tatsächlich um erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung¹⁷, wie sie z. B. Zeitarbeitsfirmen betreiben, oder um gewerbliche Arbeitsvermittlung¹⁸ handle. In diesen Fällen könnten sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zwischen den Mitgliedern der Genossenschaft und den Krankenhäusern entstehen.¹⁹

¹² Vgl. § 28 p SGB 4

¹³ Vgl. § 25 Abs. 1 SGB 4, hiernach verjähren Ansprüche auf Beiträge in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie fällig geworden sind.

¹⁴ Vgl. § 28 g SGB 4

¹⁵ BSG, Urteil vom 24.11.2005, Az: B 12 RA 1/04 R, veröffentlicht in Juris

¹⁶ Vgl. § 2 Nr. 9 SGB 6

¹⁷ Vgl. Gesetz zur Regelung der Arbeitnehmerüberlassung (AÜG)

¹⁸ Vgl. § 1 Abs. 2 AÜG

¹⁹ Vgl. §§ 1 Abs. 2, 10 Abs. 1 AÜG

Insofern bedürfte es einer eingehenden Prüfung der in jedem Einzelfall zwischen der Genossenschaft und den Krankenhäusern getroffenen Abreden daraufhin, ob seitens der Genossenschaft tatsächlich eine umfassende Dienstleistung angeboten und vom Krankenhaus in Auftrag gegeben oder lediglich ein Arbeitnehmer überlassen bzw. vermittelt werde.²⁰

Im Ergebnis wäre damit dann nichts gewonnen. Ganz unabhängig davon werde das Genossenschaftsmodell derzeit durch die vom Landessozialgericht Baden-Württemberg in seiner Entscheidung vom 17.04.2013²¹ postulierten krankenhausrrechtlichen Bewertungen in Frage gestellt, denn die Leistungen der Genossenschaft wären danach durch das Krankenhaus genauso wenig abrechnungsfähig, wie die eines nicht vertragsärztlich niedergelassenen Honorararztes. Herr Dr. Honig überlegt, dass er mit dem Beitritt in die Genossenschaft besser erstmal abwartet.

Geht eigene Niederlassung und Honorararztvertrag?

Herr Dr. Honig hatte nach einigen weiteren Einsätzen als Honorararzt die ständige Rechtsunsicherheit satt und hat sich nun doch niedergelassen und zwar mit vertragsärztlicher Zulassung. Er ist jetzt bereits seit einigen Jahren in eigener Praxis tätig. Er betreut überwiegend krebskranke Patienten und führt bei diesen ambulante Chemotherapien durch. Des Öfteren hat er allerdings Patienten, deren Chemotherapien stationär durchgeführt werden müssen. Diese weist er dann in das nahe seiner Praxis gelegene Krankenhaus ein, sofern es sich, wie sehr häufig, auch um das

jeweils wohnortnächste des betreffenden Patienten handelt. Die Zusammenarbeit bei der Übernahme und der Übergabe seiner Patienten funktioniert hervorragend. Kürzlich hat ihn die Chefärztin der dortigen onkologischen Abteilung gefragt, ob er nicht auch honorarärztlich bei ihr tätig werden möchte. Er könne dann neben den Patienten des Krankenhauses auch seine dort liegenden eigenen Patienten stationär betreuen. In ihrer Abteilung fehlten Internisten mit entsprechendem Schwerpunkt. Es sei derzeit praktisch unmöglich, fachlich entsprechend spezialisierte und erfahrene Kolleginnen und Kollegen für eine Festanstellung zu finden. Diese Lücke könne Herr Dr. Honig als Niedergelassener füllen.

Aus seiner Zeit als Honorararzt am Krankenhaus erinnerte sich Herr Dr. Honig an die Telefonate mit seiner Anwältin. Wenn er diese richtig verstanden hatte, dann hatte ja weder das Landessozialgericht Baden-Württemberg noch sonst jemand etwas dagegen, wenn er als niedergelassener Arzt zusätzlich auch noch im Krankenhaus als Honorararzt mitwirkt. Die Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus stellt sich Herr Dr. Honig sehr fruchtbar vor. Fachlich könnte man in jedem Fall voneinander profitieren. Sicherheits halber ruft er dazu nochmals in der Ärztekammer an. Die Kammerjuristen teilen ihm hierzu Folgendes mit: In der Tat habe der Gesetzgeber in seiner Begründung zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes²² die Erbringung von Krankenhausleistungen durch niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen von Kooperationen ausdrücklich erwähnt. Er könne daher als niederge-

lassener Arzt nebenberuflich im Krankenhaus als Honorararzt tätig werden; die Gefahr der Scheinselbstständigkeit bestünde bei einer solchen Konstellation in der Regel auch nicht im gleichen Maße, wie z. B. bei Vertretungen. Er dürfe allerdings seine vertragsarztrechtlichen Pflichten, wie z. B. die Präsenzpflicht, nicht vernachlässigen.

Herr Dr. Honig ist frohen Mutes, endlich ist mal etwas rechtlich weitgehend unproblematisch. Aufgrund seiner Spezialisierung (Hämatologie und Onkologie) und seiner mittlerweile erworbenen Erfahrung, könne er dem Krankenhaus helfen, Versorgungslücken zu schließen und die dortige Leistungsfähigkeit zu optimieren. Außerdem würde er natürlich auch seinen eigenen ambulanten Patienten anbieten wollen, sie persönlich im Krankenhaus zu betreuen. Patienten, die beispielsweise eine Chemotherapie benötigten, welche stationär durchgeführt werden muss, würden diese persönliche Betreuung oftmals wünschen und sich dadurch als aus „einer Hand“ ärztlich betreut fühlen. Seine Praxis würde durch ein solches Angebot auch für Patienten an Attraktivität gewinnen, teilt er begeistert mit.

Die ihn beratende Juristin stutzt kurz und meint, dass hier zwischen verschiedenen rechtlichen Möglichkeiten zu unterscheiden sei: Er könne als Niedergelassener grundsätzlich honorarärztlich für das Krankenhaus tätig werden. Wenn er jedoch gezielt seine eigenen ambulanten Patienten auch stationär im Krankenhaus behandeln möchte, gäbe es die Möglichkeit der belegärztlichen Tätigkeit. Man nutzt in dem Fall in bestimmtem Umfang die Infrastruktur des Krankenhauses, und die Vergütung erfolge durch die Kassenärztliche Vereinigung.²³ Der Gesetzgeber habe zudem die Möglichkeit geschaffen, dass der Belegarzt als sog. „Belegonorararzt“²⁴ tätig werden könne, d. h. dass dieser seine ärztlichen Leistungen nicht gegenüber der Kassenärztlichen

²⁰ Vgl. hierzu Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 19.01.2000, Az: 7 AZR 6/99, veröffentlicht in Juris 21 a. a. O.

²² Vgl. Bundestagsdrucksache 17/9992 S. 29, 30 zu § 2 Abs. 1 KHEntgG, sowie auch § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV

²³ Vgl. § 121 SGB 5, §§ 39 ff. Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

²⁴ § 121 Abs. 5 SGB 5

Vereinigung abrechnet, sondern vom Krankenhaus ein Honorar erhalte. Die grundsätzlich mögliche Honorararztstätigkeit für das Krankenhaus sei nicht dasselbe wie die Honorarbelegarztstätigkeit.

Nun ja, meinte Herr Dr. Honig, das Krankenhaus fände diese honorarbelegärztliche Variante finanziell unattraktiv²⁵ und bestehe auf einem „normalen“ Honorararztvertrag. Er solle dort ja auch Patienten des Krankenhauses und nicht nur seine eigenen behandeln. Er sei im Übrigen durch seine Praxis stark gefordert und könne sich nicht vorstellen, den mit einer „richtigen“ belegärztlichen oder honorarbelegärztlichen Tätigkeit verbundenen zusätzlichen Pflichten²⁶, wie z. B. Bereitschaftsdiensten, nachkommen zu können. Außerdem würden er und seine Lebensgefährtin über kurz oder lang ein Kind bekommen wollen. Sie würden dann gerne an den Stadtrand umziehen. Es sei dann nicht gewährleistet, dass er jederzeit innerhalb der von Beleg- und Honorarbelegärzten geforderten 30 Minuten bei seinen stationären Patienten sein könne.²⁷ Er würde sich daher auch insofern gerne auf die Infrastruktur des Krankenhauses verlassen.

Hört sich sehr nachvollziehbar an und familienfreundlich wäre es zudem ja auch noch, meinte sein Gegenüber. Aber ohne Risiko sei eine generelle Verweisung seiner Patienten an das Krankenhaus, sofern er dort nicht als Beleg- oder Honorarbelegarzt tätig sei, nicht:²⁸ Der Bundesgerichtshof (BGH) habe im Rahmen einer vielbeachteten Entscheidung vom 13. Januar 2011²⁹ hohe Anforderungen an den für Verweisungen von Patienten an bestimmte Leistungserbringer, wie Krankenhäuser, erforderlichen hinreichenden Grund gestellt.

Hinreichende Gründe für Empfehlungen und Verweisungen könnten sich, so der BGH, zwar neben medizinischen Gründen auch aus der Qualität der Versorgung, aus der Vermeidung von Wegen

für gehbehinderte Menschen und aus schlechten Erfahrungen, die Patienten mit anderen Anbietern gemacht haben, ergeben. Die in langjähriger vertrauensvoller Zusammenarbeit gewonnenen guten Erfahrungen oder die allgemein hohe fachliche Kompetenz des Anbieters oder seiner Mitarbeiter seien dagegen Umstände, die die Annahme eines hinreichenden Grundes für eine Empfehlung oder Verweisung nicht rechtfertigten.

Ob der Vorteil für seine Patienten, dass er diese persönlich im Krankenhaus betreuen könne, von den Gerichten als hinreichender Grund für eine generelle Verweisung seiner Patienten anerkannt werde, sei zweifelhaft. Für eine zulässige Verweisung oder Empfehlung müssten in jedem Einzelfall besondere individuelle Gründe vorliegen. Insbesondere bei Patienten, deren wohnortnächstes Krankenhaus ein anderes sei, sei Vorsicht geboten. Wusste ich übrigens schon, ist ja nichts Neues, denkt Herr Dr. Honig. Unterdessen führt die Juristin weiter aus: Darüber hinaus würden Gerichte vermutlich bereits die Rechtsgrundlage für eine solche vom Gesetzgeber nicht ausdrücklich vorgesehene Kooperation in Frage stellen. Die Regelungen im Krankenhausentgeltgesetz, wonach Krankenhäuser ärztliche Behandlung auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können, stellten ausschließlich die Krankenhausfinanzierung regelnde Normen dar und seien keine Freifahrtscheine für

jegliche durch Honorare vergütete Kooperationen zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern. Das Bundessozialgericht (BSG) habe erst kürzlich festgestellt,³⁰ dass sektorenübergreifende Kooperationsformen nur zulässig seien, wenn sich diese ausdrücklich aus dem Gesetz ergeben und auch dann nur in dem gesetzlich vorgegebenen Umfang.

Das BSG habe zudem erneut klargestellt, dass Kooperationen zwischen ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern nicht grundsätzlich erlaubt seien, bloß weil keine gesetzliche Regelung die Kooperation verbietet, sondern dass solche Kooperationsformen grundsätzlich einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedürften. Eine solche Rechtsgrundlage sei indes für die von Herrn Dr. Honig favorisierte Kooperation mit dem Krankenhaus bezüglich seiner eigenen Patienten nicht ersichtlich. Wenn er vorhabe, allen seinen ambulanten Patienten anzubieten, diese auch im Krankenhaus persönlich zu betreuen, dann wäre eine belegärztliche Tätigkeit, ggf. auch in der Form des Honorarbelegarztes, die Variante der Wahl. Oh je, schon wieder nicht das, was ich eigentlich will, sinniert Herr Dr. Honig.

Autorin:
Martina Jaklin
Leiterin der Abteilung Berufsrecht
der Ärztekammer Berlin

²⁵ Nach § 18 Abs. 3 KHEntgG können Krankenhäuser für die von Belegärzten mit Honorarverträgen behandelten Patienten lediglich 80% der Entgelte für Hauptleistungen abrechnen.

²⁶ Vgl. § 39 Abs. 6 BMV-Ä, danach sind Belegärzte verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten.

²⁷ Vgl. § 39 Abs. 5 Nr. 3 BMV-Ä, wonach ein Arzt als Belegarzt nicht geeignet ist, dessen Wohnung und Praxis nicht so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist.

²⁸ Vgl. § 34 Abs. 5 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin

²⁹ BGH, Urteil vom 13.01.2011, Az: ZR 112/08, veröffentlicht in Juris

³⁰ BSG, Urteil vom 19.09.2013 (a. a. O.)

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> ■ 08.05.-10.05.2014 (Modul 1) 26.06.-28.06.2014 (Modul 2) 11.09.-13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4) 	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 9)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806 -1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de Teilnehmergebühr: 3.400 €	80 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 06.06.-07.06.2014 oder 22.08.-23.08.2014 (Alternativtermine) 	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Basiskurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 16.06.-18.06.2014 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 18.06.-20.06.2014 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 €	20 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 18.06.2014 	Sucht im höheren Lebensalter – eine Herausforderung für Apotheker und Ärzte Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin (weitere Informationen s. S. 12)	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin	Eine Anmeldung ist nicht erforderlich, keine Teilnehmergebühr	2 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 09.07.2014 oder 12.11.2014 	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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 08.09.-17.09.2014 (Kursteil A1) 17.09.-26.09.2014 (Kursteil A2) 	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 A: 990 € Kursteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> ■ 11.10.2014 	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 17.10.-18.10.2014 	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Aufbaukurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht. Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes „vor Ort“ bekannt gemacht. Im Weiteren zielt die Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verknüpfen.

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

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 21. Mai 2014; 15:00 - 16:30 Uhr
Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt/ Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker** gemäß der *Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“* der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Hierfür sind insgesamt zwei Durchläufe geplant. Die Teilnehmerplätze für den 1. Durchlauf sind bereits ausgebucht. Für den 2. Durchlauf sind bereits folgende Termine geplant:

Modul II 23.-26.06.2014 **Sächsische Landesärztekammer**
Modul III 26.-29.01.2015 **Landesärztekammer Thüringen**

Die Termine für die Module I (Qualifikation zum Hygienebeauftragten Arzt), IV-VI sind derzeit noch in der Planungsphase.
Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Berliner Kammermitglieder, die Interesse an der Teilnahme des 2. Durchlaufs des Verbundsystems inkl. der beiden oben genannten Termine haben, können sich bereits jetzt bei der zuständigen Ansprechpartnerin der Ärztekammer Berlin **Frau Zippel**, Telefon: 030 40806-1209, s.zippel@aekb.de melden. Wir koordinieren dann für Sie die Teilnahme an den Modulen und informieren Sie, sobald die Terminplanung für die anderen Module abgeschlossen ist.

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.

Teilnehmer an dem Modulteil II am Samstag, den 24. Mai 2014, 10:30 bis 17:15 Uhr, erhalten in Abstimmung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusätzlich eine Bescheinigung, dass diese Veranstaltung im Sinne der Ziffer 5.12 den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)“ entspricht.

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

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Teilnahmegebühr für die Module I - III: 400 EUR / 41 Fortbildungspunkte.
Die Kosten für das Zusatzmodul am Samstag, den 24.05.2014, 10:30 - 17:15 Uhr betragen 80 EUR.

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

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

Der 200 Stunden- Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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: 08.09.- 13.09.2014 / Woche 2: 13.10.- 18.10.2014 /
Woche 3: 17.11.- 22.11.2014 (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

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net

Welche Risiken birgt die care.data-Datenbank des NHS für den Datenschutz*

Zum Aufbau einer neuen nationalen Datenbank werden in England ab dem nächsten Monat Daten aus den elektronischen Krankenakten der Patienten entnommen [Anmerk. der Red.: Nach massiven Protesten der britischen Hausärzte und Patienten wurde der Start aktuell auf den Herbst 2014 verschoben.] Jon Hoeksma erklärt, was man dazu wissen muss.

Jon Hoeksma Redakteur, Redakteur E-Health Insider, London, GB, jon@e-health-media.com

Vor Ihrer Haustür lag im letzten Monat abgesehen von den Angeboten der Pizzalieferanten auch eine Broschüre mit dem Titel „Better Information Means Better Care“ – bessere Informationen für eine bessere Behandlung. Falls Sie die Broschüre nicht mit den Pizzacoupons entsorgt, sondern gelesen haben, wissen Sie, dass die Umsetzung der weltweit größten Patientendatenbank kurz vor der Umsetzung steht: care.data.

In der Broschüre, die an alle Haushalte in England verteilt wurde, wird ausgeführt, dass diese neue Datenbank nicht primär der klinischen Versorgung dient. Das Hauptaugenmerk liegt vielmehr auf sekundären Verwendungen wie der Sicherstellung des Bedarfs, der Planung und Forschung. Erstmals werden dazu die Daten der Patienten aus den Krankenhäusern mit denen aus der Primärversorgung zusammengeführt.

Dabei werden nicht die Daten der gesamten Krankenakte entnommen, wohl aber die jeweiligen Diagnosen und Behandlungscodes sowie Informationen zur eindeutigen Identifikation der Patienten wie etwa Postleitzahl und Geburtsdatum. Eine große Bandbreite an geprüften Organisationen wird dann die Möglichkeit haben, auf der Grundlage einer Gebührenordnung Zugriff auf die Datenbank zu erwerben, einschließlich der Daten, die eine Identifikation der Patienten ermöglichen.

Kritik an der Informationskampagne kam von Datenschutzaktivisten und dem Information Commissioner's Office, einer britischen Behörde, die sich unter anderem um das Informationsrecht kümmert. So sei nicht klargestellt worden, dass Patienten dieser Erhebung auch widersprechen könnten. Die Aktivisten warnten außerdem davor, dass die Datenbank eine Gefahr für die Vertraulichkeit und den Schutz der Patientendaten darstelle, und zeigten sich besorgt über eine möglicherweise schleichende Ausweitung.

Was ist care.data?

Care.data wurde durch das Health and Social Care Information Centre (HSCIC) entwickelt, einer halbstaatlichen Einrichtung, die auch der Betreiber der Datenbank sein wird. Beauftragt wurde das HSCIC durch seinen wichtigsten Kunden, den staatlichen Gesundheitsdienst von England (National Health Service, NHS). Einmal im

Monat werden die Daten automatisch aus den elektronischen Krankenakten aller allgemeinärztlichen Praxen in England entnommen und mit den Daten der Krankenhäuser und anderer Anbieter, etwa aus der Pflege, zusammengeführt. Das Ergebnis ist ein einzelner, verknüpfter Datensatz für jeden NHS-Patienten in England. Bei einer größeren Minderheit wird nur ein unvollständiger Datensatz erwartet, da nicht jeder zwangsläufig schon einmal in Krankenhausbehandlung war.

Durch diese Zusammenführung der Daten erhoffen sich Forscher, aber auch die Planungs- und Vergabestellen der NHS-Dienste, ein besseres Verständnis über den Krankheitsverlauf nach Erhalt bestimmter Medikamente oder Behandlungen bzw. Informationen zu den nationalen Unterschieden hinsichtlich Versorgung und Behandlungsergebnis. Was geschieht beispielsweise mit Herzinfarktpatienten, nachdem sie aus dem Krankenhaus wieder zurück in die Primärversorgung entlassen wurden?

Wie viel wird care.data kosten?

Die Kosten für den Aufbau belaufen sich auf mehr als 61 Millionen Euro (50 Mio. £; 83 Mio. \$), wengleich sie vom britischen Finanzministerium bisher noch nicht gebilligt wurden.

Woher bezieht care.data die Daten?

Care.data führt bestehende Datenquellen zusammen, zunächst die Daten aus der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung (Hospital Episodes Statistics, HES) und aus den Systemen der Allgemeinärzte. Bedenken bereitet hierbei vor allem die Einbindung der Aufzeichnungen der Allgemeinmediziner. Die meisten Menschen werden nur gelegentlich im Krankenhaus behandelt, wohingegen die allgemeinärztlichen Praxen eine viel umfangreichere, lebenslange Übersicht über die Erkrankungen, Verschreibungen, Familienanamnesen, Blutuntersuchungen und Überweisungen haben. In diesen Akten stecken häufig weit sensible persönliche Informationen.

* Übersetzung aus BMJ 2014;348:g1547

Wann wird mit der Datenerhebung begonnen?

Die stärker umstrittene automatische Sammlung der Daten aus der Primärversorgung beginnt im März; ab Mai findet dann die vollständige Erhebung statt. Die ersten verknüpften Datensätze stehen voraussichtlich im Juni zur Verfügung. [s. Anm. S. 28]

Zu beachten ist hier, dass die allgemeinärztlichen Daten zunächst lediglich rückwirkend bis April 2013 entnommen werden, sodass erstmalig nur ein kleiner Teil der Patientendaten davon betroffen sein wird. Entscheidend ist jedoch, ob künftig auch umfassendere, weiter zurückliegende Daten gezogen werden müssen.

Wie wird der Schutz der personenbezogenen Daten sichergestellt?

Die erhobenen Daten enthalten Informationen wie NHS-Nummer, Geburtsdatum, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit und Postleitzahl, die eine eindeutige Identifizierung erlauben. Dadurch wird es möglich, die verschiedenen Datensätze über die Patienten zusammenzuführen.

Im Anschluss daran und vor der Weitergabe der Daten an die zugelassenen Endnutzer wie z. B. NHS-Vergabestellen wird das HSCIC die Informationen entfernen, über die eine Identifikation möglich ist. Dieser Prozess wird als Pseudonymisierung bezeichnet. Zusammengefasste anonymisierte Datensätze werden ebenfalls veröffentlicht, und im Fall von zivilen Notständen können auch Daten herausgegeben werden, die eine Identifizierung der Patienten erlauben. Schließlich werden die identifizierenden Daten auch gegenüber den Patienten offengelegt, da diese ein Recht auf Einsicht in ihre gespeicherten Daten haben.

Kann die Pseudonymisierung der herausgegebenen Daten rückgängig gemacht werden?

Theoretisch ja. Das HSCIC hat dieses Risiko eingeräumt und wird von den Forschern, die einen Zugriff auf die Daten erhalten, eine rechtlich bindende Erklärung zur Unterlassung derartiger Manipulationen fordern. Das Hauptrisiko stellen daher bestimmte Angriffe dar, bei denen die pseudonymisierten Akten mit sekundären Daten zusammengeführt werden, um eine Identifikation der Personen zu ermöglichen.

Gibt es Alternativen zur zentralen Pseudonymisierung?

Ja. Die wichtigste und von Fachleuten empfohlene Alternative ist die Pseudonymisierung an der Quelle. Dies würde verhindern, dass die Daten, die eine Identifikation der Patienten ermöglichen, zu irgendeinem Zeitpunkt in einer einzelnen Datenbank vorliegen. Julia Hippisley-Cox, Professorin für klinische Epidemiologie und Allgemeinmedizin an der Universität Nottingham, hat ein prä-

miertes Open-Source-Tool, den Open Pseudonymiser, entwickelt, mit dem eine Pseudonymisierung an der Datenquelle und eine nachfolgende sichere Verknüpfung unterschiedlicher Datensätze ohne eine erneute Identifizierung möglich sind.

Der Open Pseudonymiser nutzt ein Passwort, mit dem die NHS-Nummer jedes einzelnen Patienten durch eine einmalige Kennung ersetzt wird. Diese hat keinen realen Bezug und kann entsprechend nicht technisch zurückgeführt werden.

Wer erhält Zugriff auf die Daten?

Die Daten werden in drei Kategorien unterteilt: identifizierbare „rote Daten“, pseudonymisierte „gelbe Daten“ und zusammengefasste anonyme „grüne Daten“. Zu Beginn wird der Zugriff auf NHS-Vergabestellen beschränkt sein, die pseudonymisierte Datensätze erhalten.

Vorgesehen ist darüber hinaus auch eine Bereitstellung pseudonymisierter Daten für andere Gruppen von Forschern, sofern diese einen Nutzen für die Patientenversorgung nachweisen können. Dies könnte auf Mitarbeiter von Universitäten oder privaten Unternehmen zutreffen. Zu guter Letzt sollen die Daten, mit denen die Patienten identifizierbar sind, auch Forschern zugänglich sein, die sich bei der Confidentiality Advisory Group des HSCIC um eine Ausnahme gemäß Paragraph 251 (Section 251 Exemption) bemühen. Zwischen April 2013 und Januar dieses Jahres bewilligte die Gruppe mehr als 30 Anträge auf einen entsprechenden Datenzugriff.

Wer steht hinter dem Projekt?

Wichtigster Fürsprecher ist Tim Kelsey, National Director of Patients and Information des NHS England und Mitbegründer von Dr. Foster Intelligence – am besten bekannt durch den Krankenhausführer Good Hospital Guide, der auf HES-Daten basiert. Als ehemaliger „Open-Data“-Papst der Regierung ist Tim Kelsey ein leidenschaftlicher Verfechter des gegenwärtig auch bei Politikern in Mode gekommenen Konzepts. Danach führe die Veröffentlichung dieser auf staatlicher Seite vorhandenen Daten zu neuen Möglichkeiten bei Überwachung, Auswertung und Wissensgewinn ebenso wie bei der Verbesserung neuer Gesundheitsdienste. So wies er darauf hin, dass etwa die Analyse der Todesraten in den HES-Daten dazu beigetragen hätte, die Missstände in einem Krankenhaus des Mid Staffordshire NHS Foundation Trust aufzuzeigen, die ein Auslöser für die nachfolgende öffentliche Untersuchung („Francis Inquiry“) waren.

Im Today-Programm des BBC Radio 4 sagte Kelsey am 4. Februar, dass es im 25-jährigen Bestehen des HES keine Verletzung des Schutzes der NHS-Daten gegeben habe, wenngleich die HES auch nicht annähernd so viele identifizierende Daten enthielte wie die

künftige care.data-Datenbank. Gleichzeitig musste er jedoch auch eingestehen, dass die Aufklärung über das Widerspruchsrecht bisher unzureichend war.

Können die Patienten der Erhebung widersprechen?

Die Patienten können widersprechen, indem sie ihren Allgemeinarzt darüber informieren, dass sie keine Datenweitergabe wünschen. Die Akten dieser Patienten werden dann mit einem Code versehen, der dies unterbindet.

Einige Ärzte in der Primärversorgung empfehlen ihren Patienten, der Erhebung zu widersprechen oder machen ihnen diesen Widerruf so einfach wie möglich. Im Oktober verschob das Information Commissioner's Office den Beginn der Datenerhebung bei den Allgemeinmedizinern, da man der Auffassung war, die Patienten seien noch nicht ausreichend informiert worden. Dem folgte die aktuelle und 2 Millionen Pfund teure Broschürenkampagne, die von der Behörde für das Fehlen klarer Erläuterungen zum Widerruf kritisiert wurde.

Welche Bedenken beim Datenschutz gibt es?

Brian Jarman, der die statistischen Verfahren entwickelte, mit denen Dr. Foster die hohen Todesraten im NHS beziffern konnte, fordert eine Umstellung: ausdrückliche Zustimmung statt automatische Teilnahme. Der Zeitung Guardian sagte er: „Die Datenmengen und die Risiken, dass diese nach draußen gelangen, sind einfach zu groß. Wir müssen die Umsetzung verlangsamen, um sicherzustellen, dass wir funktionierende Kontrollen haben.“

Phil Booth von der medConfidential-Initiative, die sich für den Datenschutz stark macht, sieht das Hauptproblem in der fehlenden Transparenz: „Am besorgniserregendsten ist das Fehlen objektiver Kontrollen und von Transparenz. Ihrem Hausarzt vertrauen die Menschen, aber wer kennt schon das Health and Social Care Information Centre?“

Kommt jetzt eine Neuauflage der Summary Care Records?

Ähnliche Debatten über Einverständnis und Datenschutz wurden schon vor sechs Jahren geführt. Damals stand der Aufbau der Summary Care Records an, einer Kurzübersicht der Patientendaten vornehmlich für ungeplante Arzt- oder Krankenhausbesuche. Diese Kurzübersicht wurde automatisch für alle Patienten erstellt, sofern dem nicht individuell widersprochen wurde.

Warum sind manche Allgemeinärzte besorgt?

Auch wenn die aktuelle Gesetzgebung (Health and Social Care Act 2012) dem HSCIC die Erlaubnis einräumt, die Daten der Primärversorgung ohne explizites Einverständnis einzuziehen, sind die All-

gemeinärzte vor dem Gesetz doch weiterhin für den Schutz ihrer Patientendaten verantwortlich, was bestimmte Bedenken hervorruft. Als Datenverwalter müssen die Ärzte ihre Patienten über die mögliche Datennutzung informieren. Viele sehen den Einwurf der Broschüre und die öffentliche Aufklärungskampagne zu care.data dabei als unzureichend an. Ferner haben sie die Sorge, dass sich die Bedenken der Patienten im Hinblick auf die Verwendung der Daten negativ auf das Arzt-Patienten-Verhältnis auswirken. Laut einer im Februar von der Fachzeitschrift Pulse durchgeführten Umfrage planen 41 % der Allgemeinmediziner, der Erhebung ihrer Daten durch care.data nicht zuzustimmen.

Wie ist die Meinung in der Bevölkerung?

Bisher liegen dazu keine Umfragen vor, aber seit Beginn der Broschürenkampagne wurde wiederholt in den nationalen Medien über care.data berichtet, was zu einer großen Resonanz in den Onlinemedien geführt hat. Artikel zu care.data in der Tagespresse, wie der Daily Mail und dem Guardian, haben jeweils weit mehr als Tausend Leserkommentare nach sich gezogen.

In vielen dieser Onlinekommentare – einer aufschlussreichen, wenn auch nicht repräsentativen Momentaufnahme – wurden vor allem Ängste darüber geäußert, dass Pharma- und Versicherungsunternehmen vertrauliche medizinische Daten erwerben und dann für kommerzielle Zwecke nutzen könnten. Die Tatsache, dass es den Nutzern der Datenbank rechtlich untersagt ist, die Identität Einzelner durch Manipulation in Erfahrung zu bringen, scheint die Kommentatoren indes nicht zu beruhigen.

Welche Daten werden künftig noch eingebunden?

Der englische Gesundheitsminister Jeremy Hunt hat bereits angedeutet, care.data radikal ausbauen und um die genetischen Informationen der Patienten ergänzen zu wollen. Dies könne die Gesundheitsversorgung verbessern, so argumentierte er, und einen unschätzbar wertvollen Fundus für die Forschung darstellen. Vertraulichkeits-, Datenschutz- und ethische Fragen in puncto Aufbau, Betrieb und Verwendung einer derartigen nationalen Gendatenbank, mit Verknüpfung zu den NHS-Aufzeichnungen, versprechen, dass die aktuelle Debatte bloß der Auftakt ist.

Interessenkonflikt: Der Autor hat die Richtlinie der BMJ Group zur Erklärung möglicher Interessenkonflikte gelesen und verstanden und gibt keine relevanten Konflikte an. Herkunfts- und Begutachtungangaben: beauftragt; keine externe Begutachtung.

Zu zitieren als: BMJ 2014;348:g1547
© BMJ Publishing Group Ltd 2014

CIRS-Berlin: Beispielhaftes Modell für mehr Patientensicherheit

Bericht von der Delegiertenversammlung am 19. Februar 2014

Die erste Delegiertenversammlung des Jahres hatte eine überschaubare Tagesordnung. Neben der traditionellen Wahl der Delegierten für den diesjährigen 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf beschäftigte sich die DV mit dem 11. Nachtrag zur Gebührenordnung der Ärztekammer Berlin. Auf großes Interesse der Delegierten stieß der Sachstandsbericht zum Projekt Netzwerk CIRS-Berlin.

Von Sascha Rudat

Doch zunächst stand die Wahl der Delegierten für den 117. Deutschen Ärztetag, der vom 27. bis 30. Mai in Düsseldorf stattfindet, auf dem Programm. Durch eine Verschiebung des Mitglieder- verhältnisses der Landesärztekammern stehen der Ärztekammer Berlin in diesem Jahr nur 15 statt 16 Sitze zu. Die Verteilung

der Plätze zwischen den Berliner Listen, die seit 1995 nach dem Berechnungsverfahren Hare-Niemeier vorgenommen wird, führt dazu, dass der Marburger Bund einen Sitz weniger besetzen kann als in den vergangenen Jahren. Die Liste der Delegierten und ihrer Stellvertreter wurde einstimmig von der DV verabschiedet.

Als Delegierte bzw. deren Stellvertreter zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 in Düsseldorf wurden von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin benannt:

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Werner Wyrwich	Frau Dr. med. Sigrid Kemmerling
2.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Thomas Werner	Herr Kai Sostmann
3.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Klaus Thierse	Herr Alfred Höfer
4.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Matthias Albrecht	Frau Dorothea Spring
5.) Fraktion Gesundheit	Frau Katharina Kulike	Herr Dr. med. Stefan Hochfeld
6.) Fraktion Gesundheit	Herr Julian Veelken	Herr Dr. med. Andreas Grüneisen
7.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Ellis E. Huber	Frau Dr. med. Eva Müller-Dannecker
8.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf	Herr Dr. med. Herbert Menzel
9.) Allianz Berliner Ärzte	Frau Dr. med. Svea Keller	Herr Dr. med. Elmar Wille
10.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Burkhard Bratzke	Herr Dr. med. Roland Urban
11.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Herr Dr. med. Dietrich Bodenstein
12.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Rudolf G. Fitzner	Herr Dr. med. Bernd Müller
13.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Klaus-Peter Spies	Herr Dr. med. Christian Handrock
14.) Hausärzte im BDA	Herr Stephan Bernhardt	Herr Dr. med. Wolfgang Kreischer
15.) Hausärzte im BDA	Frau Dr. med. Gabriela Stempor	Frau Bettina Linder



Aufwändige Prüfverfahren

Hintergrund für die Änderung der Gebührenordnung ist die geplante Änderung des Ärzte-Weiterbildungsgesetzes durch das so genannte Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG). Durch die geplante Gesetzesänderung soll die Anerkennung von in Drittstaaten erworbenen Weiterbildungen vereinfacht werden. Diese neue Aufgabe stellt für die Kammer allerdings einen nicht unerheblichen Mehraufwand dar, der in einem Gebührenkatalog seinen Niederschlag findet. Die Bearbeitung der Anträge erfolgt demnach in drei Bearbeitungsschritten, die unterschiedlich aufwändig sein können: Dokumentenprüfung, Gleichwertigkeitsprüfung und ggf. eine Kenntnisstands- oder Eignungsprüfung. Die Gebühren, die die Kammer vom Antragsteller erhebt, richten sich dabei nach dem Prüfaufwand im Einzelfall. Die Delegierten stimmten der Änderung der Gebührenordnung, die im Vorfeld vom Kammervorstand intensiv beraten worden war, einstimmig zu.

Berliner Erfolgsmodell

Der Leiter der Abteilung Fortbildung/ Qualitätssicherung der Kammer, Henning Schaefer, stellte in einer Präsentation die Grundlagen und die bisherige Arbeit des seit 2008 bestehenden Projektes Netzwerk CIRS-Berlin vor. Dieses einrichtungsübergreifende, regionale Berichts- und Lernsystem (Critical Incident Reporting

System) wird von der Ärztekammer Berlin und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) getragen. Aktuell beteiligen sich 11 Krankenhausträger mit 22 Krankenhaus-Standorten an dem Projekt. Die Mitarbeiter dieser Krankenhäuser können anonym Vorfälle mit Beinahe-Schäden in das System berichten. Die Berichte werden im so genannten Anwender-Forum des Netzwerks analysiert. Ziel ist es, gemeinsam systematische Ursachen für Fehler zu identifizieren und Empfehlungen zu erarbeiten und zu kommunizieren, wie ähnliche Ereignisse in der Zukunft verhindert werden können. Das Anwenderforum besteht aus Vertrauenspersonen der am Projekt teilnehmenden Kliniken sowie aus Projektmitarbeitern der Kammer und des ÄZQ. Wie Schaefer berichtete, sind bislang 238 Berichte eingegangen, die je etwa zur Hälfte aus dem ärztlichen und dem pflegerischen Bereich kamen. Dabei wurde vor allem über Medikationsereignisse (37%), aber auch über kritische Ereignisse mit medizinischen Geräten, mit Dokumentationen und hinsichtlich klinischen Abläufen berichtet. Besonders prägnante Fälle werden als „Fall des Monats“ regelmäßig in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht (s. nachfolgenden Artikel).

Im Anschluss erläuterte Elisabeth Rosenkranz, Betriebsärztin am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, die Sicht einer Vertrauensperson des CIRS-Anwenderforums. Das Anwenderforum sei eine geeignete Plattform, die Vorfälle, die fast je-

dem und überall passieren könnten, aus mehreren Perspektiven zu betrachten und konstruktive Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Die Fehlerkultur habe sich in den vergangenen Jahren stark zum Positiven gewandelt. Die Zeiten, in denen Fehler „unter den Teppich gekehrt“ werden, seien längst vorbei, zeigte sich die Ärztin überzeugt.

Nach der Präsentation diskutierten die Delegierten das Thema CIRS intensiv. Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) bewertete es kritisch, dass die Kliniken durch die Vertrauenspersonen quasi eine Vorauswahl der Fälle treffen, die dann in CIRS-Berlin gemeldet werden. Henning Schaefer unterstrich, dass es nicht darum gehe, ein umfassendes oder vollständiges Bild über ein Fehlergeschehen in Krankenhäusern zu erhalten, sondern aus jedem gemeldeten Fall gemeinsam zu lernen. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) ergänzte, dass verpflichtende Systeme nicht hilfreich wären, denn „nur durch gelebte Fehlerkultur kann CIRS wachsen“.

In der weiteren Diskussion tauschten sich die Delegierten über die Möglichkeiten einer Ausweitung auf den ambulanten Bereich aus. Schaefer erläuterte, warum CIRS-Berlin in der aktuellen Form kaum für niedergelassene Ärzte geeignet sei, es aber Überlegungen zu einer Ausweitung bereits gebe. In diesem Fall müsste dann dem berichtenden Arzt ggf. direkt von Experten eine Rückmeldung über seinen ge-

meldeten Vorfall gegeben werden. Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit) regte für den Beginn eine Art Hotline bei der Kammer an. Hans-Detlef Dewitz (Allianz) sprach sich zudem für eine Einbeziehung der Schnittstellenprobleme zwischen stationärem und ambulantem Sektor aus. Kammerpräsident Jonitz bedankte sich für diese Anregungen.

Im Anschluss stellte Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) die Frage, warum nicht auch Fehler erfasst würden, die zu einem Patientenschaden geführt haben. Hennig Schaefer erklärte, dass es die Möglichkeit gebe, solche Fehler zu melden, allerdings sei dafür die Zustimmung aller Beteiligten (Arzt, Patient, Haftpflichtversicherung) erforderlich. Außerdem müsse der Fall zivil-, und ggf. berufs- und strafrechtlich abgeschlossen sein. Andernfalls würde er nicht angenommen. Jonitz erklärte abschließend, dass die Ärzteschaft standespolitisch in sehr vielen Gebieten in der Defensive stehe und sich verteidigen muss. Bei „Patientensicherheit“ ist die deutsche Ärzteschaft führend, nicht zuletzt durch Umsetzung des einstimmigen Beschlusses des Ärztetages 2005 in Berlin.

srd

Weitere Informationen zu CIRS-Berlin unter: www.cirs-berlin.de

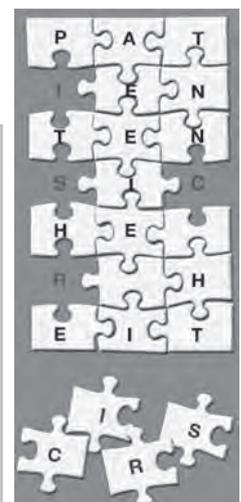
Die nächste Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin findet am **9. April 2014** um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 statt.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Perfusorbeleuchtung

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 22 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System): In anonymisierter Form werden im Netzwerk CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht.



Eine Ärztin, ein Arzt berichtet aus der Anästhesiologie ein Ereignis:

Beim Wechsel einer Perfusorspritze im Rahmen einer intravenösen Anästhesie wurde der Perfusor versehentlich nicht wieder angestellt. Dies blieb auch deshalb unbemerkt, weil die Beleuchtung des Perfusor-Displays nicht funktionierte und gleichzeitig der OP Saal wegen einer Laparoskopie abgedunkelt war. Als es wegen nachlassender Analgesie zum einem Blutdrucksanstieg kam, wurde bemerkt, dass der Perfusor nicht lief und dieser wieder in Betrieb genommen. Der weitere Narkoseverlauf war unauffällig. Von Seiten des Patienten wurde nach der Operation keine Beschwerden geäußert.

Nach dem Wechsel der Perfusorspritze erfolgte offensichtlich keine Überprüfung der Funktion/Einstellung. Die Einstellung des Gerätes ist in dem dunklen Raum nicht ablesbar.

Allerdings stellte sich im Nachhinein heraus, dass bei diesem und wenigen anderen Perfusoren in diesem Haus die Beleuchtung gar nicht vorgesehen und auch nicht nachträglich installierbar ist. Aus diesem Grund werden diese Geräte bis zur Ausmusterung nun nur noch in Räumen verwendet, die nicht abgedunkelt werden.

Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin:

In der heutigen Zeit, in der ein großer Teil der Anästhesien totalintravenös appliziert wird, spielt die sichere kontinuierliche Applikation insbesondere der analgetischen und hypnotischen Substanzen eine wichtige Rolle. Versehentliche paravenöse Infusionen oder unbeobachtete Diskonnektionen zwischen Spritze, Leitungen und Kathetern sind in der Vergangenheit häufig als Ursache für eine ungeplante intraoperative Wachheit genannt worden.

Das im vorliegenden Fall beschriebene Ereignis gibt Anlass, weitere Probleme bei der Anwendung von Spritzenpumpen zu beleuchten. Tatsächlich ist sicherzustellen, dass in abgedunkelten Operationssälen (Laparoskopien, Augenheilkunde,

etc.) trotz eingeschränkter Sicht entscheidende Anzeigen für das Anästhesiepersonal ablesbar bleiben und damit eine Überwachung des Patienten mit seinen Vitalparametern sowie den Funktionen der verwendeten Geräte (Beatmungsgerät, Spritzenpumpen usw.) gewährleistet ist.

Als ersten Grund nennt der Meldende aber in diesem Fall, dass beim Wechseln der Spritze anschließend keine Überprüfung erfolgte, ob die Spritzenpumpe tatsächlich wieder läuft. Dieses Ereignis hätte auch bei nicht abgedunkeltem Operationsaal vorkommen können. Denkbar ist die Ablenkung des die Spritze wechselnden Personals durch Ansprache, Alarme oder Ereignisse im OP-Ablauf – dass man nach dem Spritzenwechsel noch mal auf „Start“ drücken muss, wird dann möglicherweise vergessen. Vermieden werden soll so ein Ereignis durch Alarmfunktionen, die in den heutigen Spritzenpumpen in der Regel integriert sein sollten.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Anwender sollten Spritzenpumpen unter Wahrung ihrer Alarmfunktionen nutzen.

- Mit „Stopp“ wird die Infusion, z. B. wie im beschriebenen Fall **zum Spritzenwechsel**, unterbrochen. Je nach Konfiguration der Spritzenpumpe ertönt **nach einem bestimmten Zeitintervall** (z.B. zwei Minuten) ein **Alarmton**, **wenn** nach Spritzenwechsel **keine Funktion** (z. B. „Start“) **ausgewählt** und bestätigt wurde. Damit soll der Benutzer an die noch in Warteposition befindliche Spritzenpumpe erinnert werden und vermieden werden, dass das erneute Starten vergessen wird.
- Diese Alarmfunktion steht aber nur zur Verfügung, wenn die **Spritzenpumpe im Start-Stopp-Modus** ist. Wird aber zum Spritzenwechsel das Gerät in den Stand-by-Modus genommen oder auch ganz ausgestellt (je nach Gerätetyp unterschiedliche Möglichkeiten), steht diese Alarmfunktion nicht mehr zur Verfügung!

■ Als Grund für ein Wechseln der Spritze unter Ausschalten des ganzen Gerätes wird teils die „Alarmbelästigung“ genannt, zu der es kommen kann, wenn im „laufenden Betrieb“ gewechselt wird. In der Regel ist aber auch unter Verbleib im Start-Stopp-Modus ein „lautloser“ Spritzenwechsel möglich; im Folgenden beispielhaft der Auszug aus einer Gebrauchsanleitung:

■ „Um eine Spritze ohne akustisches Signal auszutauschen, Infusion durch Drücken der <STOP> - Taste stoppen. Drücken Sie nun die <ALARMTON-AUS> - Taste und wechseln Sie die Spritze.“ In diesem Fall würde das Gerät nach 2 Minuten alarmieren und die Bedienung einfordern.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 90323 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

Kontakt:

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH
 b.hoffmann@aekb.de
 Abteilung Fortbildung /
 Qualitätssicherung Ärztekammer Berlin

ANZEIGE

für das 2. Halbjahr 2013

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

Unter den Salmonellosen verbirgt sich ein berlinweiter Ausbruch mit **Salmonella Derby**, der seinen Höhepunkt in der 2. und 3. Dezemberwoche 2013 hatte (siehe *Besondere Infektionsgeschehen*).

Tabelle 1 – Gemäß IfSG meldepflichtige Erreger / Krankheiten

Daten: SurvStatRKII/ SurvNetLAGeSo; Stand: 19.02.2014	2. Halbjahr 2013				2. Halbjahr 2012		
	Berlin			Deutschland	Berlin		
Meldekategorie	Rang	Anzahl	Inzidenz**	Inzidenz**	Rang	Anzahl	Inzidenz**
Norovirus *	1	4.059	116,3		1	6.452	186,0
<i>klinisch-labor- diagnostische Fälle</i>		1.603	45,9	39,7		1.419	40,9
<i>klinisch-epidemiologische Fälle ohne Labornachweis</i>		2.456	70,4			5.033	145,1
Campylobacter	2	1.819	52,1	49,3	2	1.876	54,1
Borreliose	3	693	19,9	13,3	20	24	0,7
Salmonellose	4	465	13,3	13,1	3	430	12,4
E.-coli-Enteritidis	5	435	12,5	6,4	4	299	8,6
Keuchhusten	6	334	9,6	8,6	24	13	0,4
Windpocken	7	310	8,9	7,4	37	0	0,0
Rotavirus	8	272	7,8	9,2	5	269	7,8
Hepatitis C	9	261	7,5	3,2	6	261	7,5
Giardiasis	10	199	5,7	2,6	7	188	5,4

* bei Noroviren werden bundesweit seit Anfang 2011 ausschließlich laborbestätigte Fälle übermittelt; im Land Berlin werden zusätzlich auch im Rahmen von Ausbruchsgeschehen klinisch-epidemiologische Fälle übermittelt; seit August 2011 sind außerdem nosokomiale Ausbrüche nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) bundesweit meldepflichtig; seit 29.03.2013 Meldepflicht Mumps, Pertussis, Röteln und Varizellen; seit 19.03.2013 in Berlin zusätzliche Meldepflicht Lyme-Borreliose

** Inzidenz = Fallzahl pro 100.000 Einwohner; folgende Einwohnerzahlen bilden die Berechnungsgrundlage der Inzidenzen: Berlin 2013 – 3.489.422 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 30.06.2013); Berlin 2012 – 3.469.621 (Amt für Statistik Berlin Brandenburg; Stand 31.12.2012); Deutschland – 81.843.743 (Statistisches Bundesamt; Stand 31.12.2011)

Im Land Berlin wurden im zweiten Halbjahr 2013 gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) insgesamt 9.759 Erkrankungsfälle gemeldet, im Vergleichszeitraum 2012 waren es 10.612. In Tabelle 1 werden die zehn häufigsten Infektionserreger aufgeführt.

Sechs der aufgeführten Erreger verursachen gastrointestinale Erkrankungen. Die **Halbjahresinzidenzen** lagen bei **Rotavirusinfektionen** in Berlin niedriger, bei **Norovirusinfektionen** (bundesweite Vergleichsdaten liegen nur für klinisch-laborbestätigte Fälle vor), **Campylobacteriosen**, **E. coli-Enteritiden**

und **Giardiasis** höher als im bundesweiten Durchschnitt (Tabelle 1).

Als Folge der Ausweitung der Meldepflicht durch Bundesgesetz und Landesverordnung erscheinen erstmalig die impfpräventablen Erkrankungen **Windpocken** und **Keuchhusten** sowie die **Borreliose** unter den TOP 10 (siehe *Erweiterung der meldepflichtigen Erkrankungen*).

Die Fallzahlen der **Hepatitis C** entsprechen im 2. Halbjahr 2013 denen im 2. Halbjahr 2012. Die Inzidenz liegt in Berlin weiterhin deutlich höher als im gesamten Bundesgebiet.

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin

Seit der 50. KW häuften sich die Meldungen von **Salmonella (S.) Derby**. Betrug die Fallzahl für das Land Berlin in den Vorjahren zwischen 7 und 13 Fälle pro Jahr, wurden von Ende November 2013 bis Ende Dezember 44 Fälle gemeldet. Auch die Anzahl der Fälle mit Salmonellen der Gruppe B wies einen Anstieg auf. Die Fälle waren über alle Bezirke verteilt. Auffällig war der Altersmedian, der bei 76 Jahren lag. Die Mehrzahl der Erkrankten war weiblich.

Die Erkrankungen traten zwischen Ende November 2013 und Mitte Februar 2014 auf mit einem Schwerpunkt in der 2. und 3. Dezemberwoche. Das Land Brandenburg hatte ebenfalls Fälle zu verzeichnen. Der Ausbruch wurde Ende Februar 2014 für beendet erklärt.

Insgesamt wurden in Berlin 104 Fälle, darunter 83 S. Derby-Fälle und 21 Salmonellosen der Gruppe B dem Ausbruch zugeordnet. Bei der Lysotypie der Isolate von S. Derby wurde in der Mehrzahl der Lysotyp PT53 nachgewiesen. Die Ermittlungen zur Infektionsquelle fokussierten sich aufgrund des hohen Anteils von Fällen in Einrichtungen mit Gemeinschaftsverpflegung (Krankenhaus, Pflegeheim, Seniorenheim) frühzeitig auf einen Zusammenhang mit einem in den Einrichtungen verteilten Lebensmittel (Rohwurst), in welchem ebenfalls der Lysotyp PT53 nachgewiesen werden konnte. Der Rückruf des Lebensmittels erfolgte im Januar 2014. Ein fortgesetztes Infektionsrisiko besteht nicht.

Nosokomiale Ausbrüche gemäß §§ 6, 11 IfSG

Die Übermittlungspflicht für nosokomiale Ausbrüche besteht seit 2011. Die Meldung erfolgt von der betroffenen Einrichtung ohne Angabe von Patientennamen an das für die betroffene Einrichtung zuständige Gesundheitsamt.

Im zweiten Halbjahr 2013 wurden in Berlin 101 nosokomiale Ausbrüche gemeldet (im Vorjahreszeitraum 143). Am häufigsten waren Ausbrüche durch **Norovirus** (87). Weitere im Zusammenhang mit nosokomialen Häufungen gemeldete Erreger waren **MRSA**, **Acinetobacter baumannii**, **Enterococcus faecium VRE**, **Escherichia coli**, **Klebsiella spp.** (beachtenswert sind hier die Resistenzen, die die Erreger aufwiesen)

sowie **Salmonella Derby** und **Hepatitis C** (Tabelle 2). Die Geschehen durch **Norovirus** hatten insgesamt die höchsten Fallzahlen pro Ausbruch.

Erweiterung der meldepflichtigen Erkrankungen gemäß §§ 6, 7 und § 15 (3) IfSG

Seit dem 29.03.2013 sind nach dem Infektionsschutzgesetz folgende Infektionskrankheiten und der Nachweis der entsprechenden Erreger namentlich meldepflichtig: Mumps, Pertussis, Röteln und Varizellen (klinischer Verdacht, Erkrankung, Todesfälle). In einer Berliner Verordnung über die Ausdehnung der Meldepflicht vom 19.03.2013 wurde darüber hinaus die namentliche Meldepflicht für

Lyme-Borreliose (Erkrankung, Tod) bzw. für *Borrelia burgdorferi sensu lato* aktualisiert.

Folgerichtig wurde im Land Berlin ein Anstieg der Meldungen insbesondere für Borreliose, Keuchhusten und Windpocken verzeichnet. Infektionsepidemiologische Bewertungen sind derzeit erst eingeschränkt möglich. Die Veröffentlichbarkeit der Daten hängt u. a. von der Erfüllung der Falldefinitionen ab, die das Robert-Koch-Institut bereitstellt. Über den Zeitverlauf ist eine Qualitätssteigerung der Meldedaten zu erwarten.

Informationen über das Meldewesen können über den im Oktober 2013 inhaltlich überarbeiteten und erweiterten Internetauftritt zum Infektionsschutz / Infektionsepidemiologie am LAGeSo eingeholt werden. Mit der Neugestaltung wurden die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes berücksichtigt und es finden sich umfangreiche Fachinformationen und Verlinkungen, z. B. zu den Berliner Gesundheitsämtern. Zum Download stehen u. a. die jeweils erforderlichen Meldeformulare sowie diverse Merkblätter und Berichte bereit. Das Internetangebot kann aufgerufen werden unter:

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

Ansprechpartnerin:
Dr. med. Claudia Simon MPH
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz
Turmstraße 21 / Haus A, 10559 Berlin
Telefon: (030) 90229-2430
E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

Tabelle 2 – Nosokomiale Ausbrüche		Berlin – 2. Halbjahr 2013		
Daten: LAGeSo; Stand: 19.02.2014				
Erreger	Zahl der Ausbrüche	Fallzahlen pro Ausbruch	Gesamtfallzahl aller Ausbrüche	
Acinetobacter baumannii	1	7	7	
Acinetobacter baumannii, 4MRGN	1	5	5	
Enterococcus faecium, Vancomycin-resistent (VRE)	1	4	4	
Escherichia coli (3-fach-Resistenz)	1	2	2	
Escherichia coli (ESBL)	1	2	2	
Hepatitis C	1	3	3	
Klebsiella pneumoniae 3-MRGN-resistent	1	2	2	
Klebsiella ssp.	1	4	4	
MRSA	4	2 – 5	13	
Norovirus (Altenpflegeheim, Rehabilitation)	8	5 – 76	237	
Norovirus (Krankenhaus)	79	2 – 78	1073	
Salmonella Derby	3	3 – 7	16	
Gesamtsumme / -spanne	102	2 – 78	1.368	

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2014 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nahla L. Idris Abdelgader	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.01.14
Ali Abohaya	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.01.14
Julia Adam	FA Allgemeinmedizin	11.02.14
Dr. med. Gesche Ahlgrimm	FA Allgemeinmedizin	25.02.14
Dr. med. Sabine Albrecht	FA Radiologie	12.02.14
Ibrahim Ali	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	12.02.14
Dr. med. Anna Luise Amtenbrink	FA Innere Medizin und Rheumatologie	22.01.14
Dr. med. Andreas Bolgien	FA Psychiatrie und Psychotherapie	14.01.14
Dr. med. Sara Armani	FA Klinische Pharmakologie	15.01.14
Dr. med. Jan Banzer	FA Radiologie	13.01.14
Dr. med. Hans Bastian	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie	22.01.14
Sandra Baumann	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	20.02.14
Semiha Bayrak	FA Innere Medizin	26.02.14
Dr. med. Leonhard Böhme	FA Radiologie	26.02.14
Dr. med. Seda Celik	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26.02.14
Dr. med. Annekatrin Coordes	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	29.01.14
Dr. med. Maximilian de Bucourt	FA Radiologie	12.02.14
Dr. med. Olga Arbach	FA Transfusionsmedizin	14.01.14
Dr. med. Christine Tabacu	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.01.14
Dr. med./Universität Debrecen Edit Drienko	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29.01.14
Bettina Ehrecke	FA Arbeitsmedizin	26.02.14
Florian Elger	FA Gefäßchirurgie	25.02.14
Dr. med. Stefanie Franke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.01.14
Patricia Fransusch	FA Innere Medizin	22.01.14
Dr. med. Claus-Peter Fröhlich	FA Nuklearmedizin	15.01.14
Christiane Funk	FA Innere Medizin	12.02.14
Dr. med. Claas Funke	FA Radiologie	26.02.14
Dr. med. Andrea Sibylla Garkisch	FA Allgemeinmedizin	11.02.14
Christian Gentsch	FA Urologie	11.02.14
Andrè Glaum	FA Anästhesiologie	17.02.14
Dr. med. Jana Glumm	FA Neurochirurgie	13.02.14
Markus Gondert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.01.14
Dr. med. Murat Gördük	FA Urologie	11.02.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Anna Goschenhofer	FA Neurologie	27.02.14
Meral Güven-Dursun	FA Allgemeinmedizin	25.02.14
Jens Hannemann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	21.01.14
Dr. med. Sabine Hartwiger	FA Anästhesiologie	17.02.14
Imad Hatoum	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.01.14
Dr. med. Nils Nicholas Hecht	FA Neurochirurgie	13.02.14
Johanna Junghans	FA Chirurgie	29.01.14
Corinna Kassin	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.02.14
Jasmin Kehr	FA Innere Medizin	26.02.14
Dr. med. Felix Kley	FA Anästhesiologie	17.02.14
Takeshi Komoda	FA Herzchirurgie	25.02.14
Guido Koschel	FA Allgemeinmedizin	25.02.14
Dr. med. Thomas Kratz	FA Allgemeinmedizin	07.01.14
Stephan Kreher	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	12.02.14
Dr. med. David Löttrich	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	30.01.14
Daniel Luther	FA Anästhesiologie	17.02.14
Anna Lützenrath	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	12.02.14
Dr. med. Mahmoud Ismail	FA Thoraxchirurgie	29.01.14
Dr. med. Philipp Mall	FA Radiologie	13.01.14
M.D./SYR Nidal Mansour	FA Innere Medizin und Geriatrie	29.01.14
Dr. med. Sabine Merkert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29.01.14
Dr. med. Suresh Naidu	FA Innere Medizin	29.01.14
Dr. med. Markus Neufang	FA Neurologie	25.02.14
Christian Neumann	FA Innere Medizin	26.02.14
Dr. med. Besir Okur	FA Innere Medizin	12.02.14
Dr. med. Peter Olschewski	FA Gefäßchirurgie	25.02.14
Dr. med. Claudia Pagenkopf	FA Neurologie	27.02.14
Dr. Denis Poddubnyy	FA Innere Medizin und Rheumatologie	22.01.14
Jan Henning Pöhls	FA Neurologie	28.01.14
Dr. med. Antje Rathert	FA Innere Medizin	29.01.14
Dr. med. Anya Reinhardt	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	29.01.14
Elisabeth Reith	FA Radiologie	12.02.14
Dr. med. Philipp Resmini	FA Allgemeinmedizin	07.01.14
Wolf Reuter	FA Innere Medizin	26.02.14
Dr. med. Jana Roffeis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.02.14

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Konstantinos Savvatis	FA Innere Medizin und Kardiologie	12.02.14
Dr. med. Max-Ludwig Schäfer	FA Radiologie	13.01.14
Christian Scheiber	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	29.01.14
Dr. med. Sein Schmidt	FA Neurologie	28.01.14
Marion Schmidt-Großmann	FA Innere Medizin	22.01.14
Matthias Schulze	FA Allgemeinmedizin	11.02.14
Dr. med. Ira Seibel	FA Augenheilkunde	29.01.14
Ossama Shams Edeen	FA Anästhesiologie	23.01.14
Dr. med. Claudia Simon	FA Öffentliches Gesundheitswesen	28.01.14
Dr. med. Martin Sommer	FA Innere Medizin	29.01.14
Christine Spieck	FA Allgemeinmedizin	11.02.14
Dr. med. Sarah Spielmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.02.14
Dr. med. Marion Stefanski	FA Allgemeinmedizin	25.02.14
Dr. med. Kremena Georgieva Todorova	FA Transfusionsmedizin	14.01.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Stergios Vlatsas	FA Innere Medizin	22.01.14
Dr. med. Benedikt Weber	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.02.14
Friederike Weißer	FA Strahlentherapie	15.01.14
Dr. med. Andrea Westrich	FA Allgemeinmedizin	07.01.14
Wolfram Wiegank	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.02.14
Dr. med. Dr. med. dent. Carolin Maria Wiesmüller	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	13.02.14
Christian Zähringer	FA Innere Medizin	29.01.14

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

ANZEIGE

Drachen im Bauch

„Es gibt Krankheiten, die nicht in der Luft stecken, sondern in den vollen Schüsseln und Gläsern...“

... und in den weichen Sesseln und Betten. Den ganzen Vormittag saß der reiche Amsterdamer im Lehnstuhl und rauchte, aber er aß den ganzen Tag wie ein Scheunendrescher, und die Nachbarn fragten sich. „Windet's draußen oder schnauft der Nachbar so?“. – Die alte Kalendergeschichte „Der geheilte Patient“ ist eigentlich viel zu schön, um gekürzt nacherzählt zu werden; besser hinge sie in Schönschrift und gerahmt an der Wartezimmerwand.

Also: Unser Vielfraß mit Bewegungsmangel entwickelt offenbar ein metabolisches Syndrom. Der Kalendermann kannte vor zweihundert Jahren den Terminus natürlich noch nicht, war auch kein Mediziner, sondern Theologe und Pädagoge: Johann Peter Hebel (1760-1826). Sein sitzender Holländer war „nicht recht gesund und nicht recht krank, wenn man ihn aber selber hörte, so hatte er 365 Krankheiten, nämlich jeden Tag eine andere.“ – Kommt Ihnen bekannt vor? Nur, dass heute eher die „sozial Schwachen“ als die Wohlhabenden adipös sind.

Bei allen Ärzten der Stadt war der Dicke schon gewesen, „Verschluckte ganze Feuereymer voll Mixturen und ganze Schaufeln voll Pulver, und Pillen wie Enten-Eyer so groß“ – nichts half, denn er war absolut noncompliant in puncto ärztliche Ratschläge für eine nichtpathogene Lebensweise und sagte sich: „Wofür bin ich ein reicher Mann, wenn ich soll leben wie ein Hund, und der Doktor will mich nicht gesund machen für mein Geld?“ (Heute sagen die vielen „reich“ Versicherten: „Wozu bezahle ich denn meine Krankenkassenbeiträge?“)

Schließlich schrieb der Fettsack an einen berühmten fernen Arzt. Er erkannte

schnell des Übels Wurzel: „... ihr habt ein böses Tier im Bauch, einen Lindwurm mit sieben Mäulern. Mit dem Lindwurm muß ich selber reden, und ihr müsst zu mir kommen. Aber... auf des Schußters Rappen, sonst schüttelt ihr den Lindwurm und er beißt euch die Eingeweide ab, sieben Därme auf einmal ganz entzwei...“ Auch eine sehr knappe Wegzehrung kriegt der Patient verordnet, damit der Drache nicht noch wächst, „also daß er euch die Leber erdrückt, und der Schneider hat euch nimmer viel anzu-messen, aber der Schreiner.“ Sofort machte der Dicke sich schnau-fend zu Fuß auf den weiten Weg, erst schwerfällig und mißmutig, dann immer leichter und munterer, und nach der fast dreiwöchigen Fußreise ist es ihm fast peinlich, so gesund zum Doktor zu kommen. Der lobt ihn, warnt jedoch, den Lindwurm sei er zwar los, aber da seien noch dessen „Eyer im Leib; deswegen müßt ihr wieder zu Fuß heimgehen, und daheim fleißig Holz hacken... und nicht mehr essen, als euch der Hunger ermahnt, damit die Eyer nicht ausschlüpfen, so könnt ihr ein alter Mann werden.“ Und als der Arzt dazu lächelte, begriff der Patient die Lindwurmmetapher: „Herr Doktor, ihr seid ein feiner Kautz, und ich versteh euch wohl.“ Er wurde 87, „wie ein Fisch im Wasser so gesund, und hat alle Neujahr dem Arzt 20 Dublonen zum Gruß geschickt“.

Die Geschichte stammt aus Hebels „Schatzkästlein des Rheinischen Haus-

freundes“ (1. Auflage 1811, ausführlich kommentierter Nachdruck zuletzt 2010 in Reclams Universalbibliothek). Das ist die berühmte Anthologie der besten Texte seines badischen Bauernkalenders, den man auch in der Stadt gern las. Und das „Schatzkästlein“ liebten sogar Goethe und Jean Paul, später zum Beispiel auch Böll, Brecht oder Benjamin.

Das (sicher verschmitzte) Lächeln des Arztes am Schluss ist wichtig, denn Hebel wollte die Leute nicht im Aberglauben lassen, zum Beispiel an einen Drachen im Bauch, sondern sie aufklären – aber unterhaltsam. Als er 1807 den allzu drögen Volkskalender modernisieren wollte, kritisierte er eine penetrante Belehrung und Moralität, „da kein Mensch, um belehrt und gebessert zu werden, sondern um Unterhaltung zu finden, den Calender list“. Zu dessen berühmtesten Texten gehört „Das Bergwerk von Falun“ und „Kannit-



Johann Peter Hebel (1760-1826)

verstan“, zu den medizinaffinen, „Der Zahnarzt“ (gefälschte Arzneimittel mit UAW) oder „Ein gutes Rezept“ (Kaiser „verordnet“ einer armen Kranken „25 Dublonen beim Zahlamt zu erheben“).

Die Krönung aber ist „Der geheilte Patient“.

R. Stein