

Menschen ohne Papiere

Die Bilder der afrikanischen Flüchtlinge in den Stacheldrahtzäunen von Melilla und Ceuta in Marokko haben wir schnell vergessen und verdrängt. Die EU zahlt jetzt 26 Millionen Euro zur besseren Sicherung der Grenzanlagen um die beiden spanischen Enklaven. Europa ist endgültig zur Festung geworden. Die Anerkennungsquote für Asylsuchende betrug 2004 in Deutschland gerade noch 1,5 Prozent, das heißt, von jeweils 1000 Asylsuchenden werden 985 abgewiesen.

Längst – und nicht ohne Grund – leben innerhalb dieser Festung allein in Deutschland bis zu einer Million Migranten ohne geregelten Aufenthaltsstatus, davon circa 100.000 in Berlin. Diese Menschen sind vor Krieg, Armut, Hunger oder Verfolgung geflohen. Sie leben mitten unter uns in ständiger Angst, entdeckt und abgeschoben zu werden. Was geht das uns Ärzte an? Was tun wir, wenn einer dieser Migranten krank wird und zu uns in die Praxis oder ins Krankenhaus kommt? Haben wir Bedenken, ihn so zu behandeln wie jeden anderen Patienten, müssen wir ihn nicht bei der Ausländerpolizei melden, wer zahlt uns die Kosten?

Es geht hier um unser ärztliches Selbstverständnis. Vielleicht ist es gut, sich einmal zu erinnern, warum wir den Arztberuf ergriffen haben. Das mag unterschiedlich lange her sein und der Idealismus hat mit der Zeit sicher Schrammen bekommen. Aber was immer noch gelten muss: Wenn ein kranker Mensch zu uns kommt und um unsere ärztliche Hilfe bittet, dann hel-

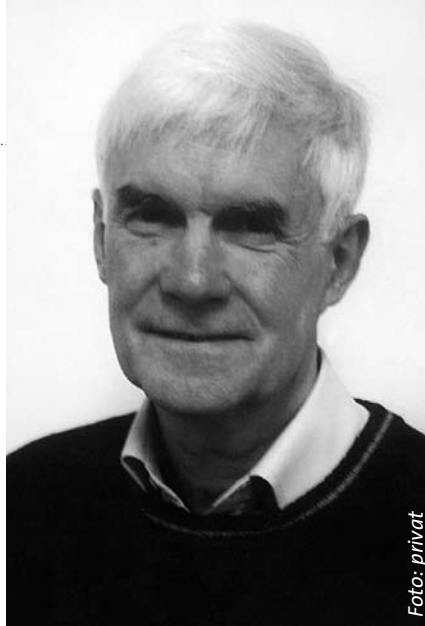


Foto: privat

Dr. med. Jürgen Hölzinger

... ist Mitglied des Arbeitskreises Flüchtlinge in der Ärzteorganisation IPPNW.

fen wir ihm und fragen nicht erst nach Pass oder Chipkarte. Und das nicht nur im akuten Notfall.

Wollen wir Ärzte es akzeptieren, auf eine Stufe mit Menschenhändlern, Schleppern und Schleusern gestellt zu werden, wenn wir Menschen ohne Aufenthaltstitel behandeln, wie es § 96 des Aufenthaltsgesetzes nahelegt? Noch kein Arzt sei deswegen verurteilt worden, versichern uns Juristen und Politiker. Aber warum wird im Gesetz „humanitäre Hilfe“ nicht von kriminellen Machenschaften unterschieden? Diese Rechtsunsicherheit hält häufig Ärzte von einem Engagement ab, kann zur Drohung eskalieren und erschwert kranken Migranten den Zugang zum Arzt.

Die Schweigepflicht ist eine unabdingbare Voraussetzung ärztlicher Arbeit. Ärzte und medizinisches Personal brauchen die Ausländerbehörde nicht zu informieren, wenn aus humanitären Gründen eine Behandlung erfolgt (Berlins Innensenator Körting). Wenn aber das Sozialamt zur Kostenerstattung eingeschaltet wird, erfolgt von dort die Meldung an die Ausländerbehörde. Das hat dann oft die Abschiebung zur Folge. Notwendige Krankenhausbehandlungen werden deshalb aus Angst oft unterlassen mit entsprechenden Folgen für den Patienten und bei ansteckenden Krankheiten (z.B. Tbc, Aids oder Hepatitis) auch für die Umgebung.

Ärzte, die Menschen ohne Papiere behandeln, kommen sich oft als „nützliche Idioten“ vor. Der Staat scheint zufrieden zu sein, wenn die Migranten, die es offiziell nicht gibt, so wenigstens minimal versorgt werden. Es ist aber Aufgabe des Staates, allen Menschen, die hier leben, eine angemessene medizinische Versorgung zu ermöglichen.

Die Delegierten der Ärztekammer Berlin und des Deutschen Ärztetages haben im Mai 2005 einen vom Ausschuss für Menschenrechtsfragen der Ärztekammer Berlin eingebrachten Antrag, der Rechtssicherheit, Aufhebung der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde und eine Kostenregelung bei der medizinischen Behandlung von Migranten ohne legalen Aufenthaltsstatus fordert, ohne Gegenstimmen angenommen. Wir Ärzte werden uns mit der politisch verordneten Grauzone und der Rechtsunsicherheit nicht abfinden. Menschenrechte gelten unterschiedslos für alle Menschen.

Die IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung) veranstaltet zu diesem Thema am 10. Dezember in Berlin eine Tagung mit einem Benefizkonzert am Vorabend. Den Veranstaltungshinweis und weitere Informationen dazu lesen Sie bitte in BERLINER ÄRZTE aktuell auf Seite 11.

J. Hölzinger

TITELTHEMA.....

**Ärztliche Fortbildung im Wandel****Lebenslanges Lernen und professioneller Kompetenzerwerb**

Die Anforderungen an das ärztliche Wissen werden immer größer. Kontinuierliche ärztliche Fortbildung ist somit wichtiger denn je. BERLINER ÄRZTE gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Fortbildung.

Von Sabine Möddel und Katrin Bräutigam..... 14

Rechtlicher Hintergrund..... 16

Ins Datennetz gegangen

Hinter dem Begriff E-Learning verbirgt sich eine Vielzahl von ärztlichen Fortbildungsangeboten. BERLINER ÄRZTE stellt die wichtigsten Formen des E-Learning vor.

Von Marc M. Batschkus, Sabine Möddel und Katrin Bräutigam..... 17

E-Learning auf Herz und Nieren geprüft

Viele Fortbildungsangebote im Bereich E-Learning erfüllen nicht die in sie gesetzten Erwartungen. Eine Checkliste soll bei der Auswahl helfen.

Von Sabine Möddel und Katrin Bräutigam..... 20

Die Mischung macht's

Neben E-Learning gibt es eine Reihe anderer moderner Lern- und Lehrformen in der ärztlichen Fortbildung. Die Kombination von klassischen und neuen Modellen ist besonders Erfolg versprechend.

Von Sabine Möddel und Katrin Bräutigam..... 21

MEINUNG.....

Menschen ohne Papiere

Von Jürgen Hölzinger 3

BERLINER ÄRZTE aktuell 6

Vernachlässigte Chlamydien-Infektionen

Informationen des RKI..... 13

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Kammer auf konsequentem Sparkurs

Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. November 2005

Von Sascha Rudat 24

Schlüssel ohne Schloss

Mit der geplanten Einführung der elek-

tronischen Gesundheitskarte und dem elektronischen Heilberufsausweis steht das deutsche Gesundheitswesen vor einem der größten Telematik-Projekte weltweit. Für die Ärztekammer Berlin gibt es allerdings noch eine Reihe ungeklärter Fragen.

Von Sascha Rudat 26

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 12

BUCHBESPRECHUNGEN....

Blech: Heillose Medizin 31

Herbert: Überleben Glücksache..... 31

Gerst: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945 – 1955..... 32

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen..... 29

Niels Sönnichsen zum 75sten 33

Günter Ehlers wird 75..... 33

Helmut Coper wird 80 Jahre..... 35

FEUILLETON.....

Bilder eigener Welten

Das Berliner Medizinhistorische Museum zeigt derzeit Bilder aus der Sammlung des Kölner Psychiaters Helmut Kraft. In der Ausstellung „Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie“ werden Werke von Künstlern gezeigt, die an psychischen Krankheiten litten.

Von Rosemarie Stein 34

Impressum 42

Baudenkmäler

Krankenhauskirchturm soll saniert werden

Nach der Sanierung der Krankenhauskirche Wuhlgarten aus dem Jahr 1893 soll nun auch der dazugehörige Kirchturm restauriert werden.

Beim Wiederaufbau des Kirchengebäudes des ehemaligen Wilhelm-Griesinger-Krankenhauses in den Jahren 1996 und 1997 konnte der Kirchturm keine Berücksichtigung finden. Er wurde lediglich mit einem Notdach gesichert. Der derzeitige bauliche Zustand des Turmes ist sehr kritisch. Die Interessengemeinschaft Kirche, deren Schirmherrschaft Berlins Gesundheitssenatorin Heidi Knake-Werner (PDS) übernommen hat, hat sich deshalb zum Ziel gesetzt, den Turm zu sanieren. Der Interessengemeinschaft gehören Seelsorger beider christlicher Konfessionen, Mitarbeiter von Vivantes und des Unfallkrankenhauses Berlin sowie Bürger des Bezirks Marzahn-Hellersdorf an.

Die Außeninstandsetzung des Turms und der Wiederaufbau des Daches wird nach Angaben der Initiative rund 200.000 € kosten. Bei einer Festveranstaltung am 2. Dezember 2005 um 12 Uhr will die Initiative das Projekt näher vorstellen.

Neben der Gesundheitssenatorin wird auch Dr. med. Felix Blankenstein erwartet. Er ist der Enkel des ehemaligen Berliner Stadtbaudirektors Hermann Blankenstein, dem Erbauer der Kirche. Er wird in einem Lichtbildvortrag das Werk seines Großvaters darstellen.

Interessenten können sich anmelden unter:

Fax: 030/93494437

E-Mail: info@mazz.de

Für die Wiederherstellung des Kirchturms bittet die Interessengemeinschaft um Spenden: Wuhlgarten e.V.

Kontonummer: 3331905
Bank für Sozialwirtschaft,
Bankleitzahl: 100 205 00
Stichwort: Kirchturm/MAZZ
Spendenquittungen werden ausgestellt.



Fortbildung



Folgekosten für Fortbildungszertifizierung

Vertragsärzte und Krankenhausärzte sind gesetzlich und berufsordnungsrechtlich zur Fortbildung verpflichtet. Den ersten Nachweis über eine fünfjährige Fortbildung müssen Vertragsärzte bis zum 30. Juni 2009 erbringen. Wird bis dahin der Nachweis nicht erbracht, erfolgt eine Honorarkürzung. Nach weiteren zwei Jahren droht, wenn kein Nachweis erbracht wurde, sogar der Entzug der Zulassung. Diese Pflicht zur fachlichen Fortbildung gilt auch für die Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Für den Fortbildungsnachweis der Fachärzte im Krankenhaus ist ab 1. Januar 2006 eine ähnliche Regelung geplant, das heißt, es müssen 250 Punkte innerhalb von fünf Jahren - zertifiziert durch die Ärztekammer - belegt werden.

Aufgrund der Annahme, dass durch die Fortbildungsverpflichtung bundesweit circa neun Millionen Bescheinigungen zu verwalten sind (es gibt auch Schätzungen bis zu 15

Millionen Bescheinigungen), wurde schon frühzeitig eine bundeseinheitliche Lösung zur Verwaltung dieser anerkannten Veranstaltungen und Punktekonto erwogen. Die enorme Zahl ergibt sich aus einer einfachen Rechnung: 300.000 Ärzte besuchen Veranstaltungen, die durchschnittlich mit drei Punkten anerkannt werden. Die Idee der Einführung eines elektronischen Informationsverteilers für die Zuordnung der Fortbildungspunkte zu den individuellen Fortbildungspunktekonto der Kammermitglieder wurde in einer Sitzung des Vorstandes der Bundesärztekammer bereits 2004 diskutiert und mehrheitlich befürwortet.

Nun kommen aber die Folgekosten auf die einzelnen Landesärztekammern zu. Im Juni 2005 erfolgte die erfolgreiche Abnahme und der Start von Tests zur Software des elektronischen Informationsverteilers mit Testdaten. Die Kosten für die Ärztekammer Berlin werden voraussichtlich 38.000 € betragen. Keine Riesensumme, und sicher eine von den Mitgliedern erwünschte Dienstleistung der Ärztekammer, um die gesetzliche Fortbildungsverpflichtung leichter erfüllen zu können, aber eben ein neuer Ausgabenposten mehr im Ärztekammer-Haushalt, der aus Beiträgen finanziert werden muss.

Dr. med. Elmar Wille
Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Weiterbildungsgebühren ab 1. Januar 2006

Die Ärztekammer Berlin wird im Rahmen eines Maßnahmenpaketes gegen die zu erwartende Unterdeckung im Haushalt 2006 Gebühren für die Weiterbildung einführen. Lesen Sie dazu auch den Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. November 2005 auf Seite 24. Die beschlossenen Gebührensätze können Sie nachfolgender Tabelle entnehmen.

Verfahren zur Anerkennung von Bezeichnungen in Gebieten*, Schwerpunkten sowie Zusatzbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen, Fakultativen Weiterbildungen, Fachkunden nach Strahlenschutz-Verordnung	200 €
Wiederholungsprüfungen	100 €
Verfahren zur Anerkennung von Fachkunden und Zusatzbezeichnungen/Zusatz-Weiterbildungen ohne Prüfung	150 €
Verfahren zur Anerkennung nach Röntgen-Verordnung ohne Prüfung	100 €
Verfahren zur Erteilung einer Befugnis im stationären Bereich	200 €
Verfahren zur Zulassung einer Befugnisstätte im stationären Bereich	250 €
Verfahren zur Erteilung einer Befugnis im ambulanten Bereich	100 €
Verfahren zur Zulassung einer Befugnisstätte im ambulanten Bereich	125 €
Vorprüfung von Unterlagen ohne Verfahren zur Anerkennung einer Bezeichnung	100 €

* Das Anerkennungsverfahren für den 1. Facharztstitel im Berufsleben einer Ärztin/eines Arztes ist weiterhin gebührenfrei.

Aus der Kammer

Änderungen bei telefonischer GOÄ-Beratung

Ab sofort bietet die Ärztekammer Berlin Ärztinnen und Ärzten bei Fragen zur privatärztlichen Rechnungslegung ein zeitlich flexibles telefonisches Beratungsangebot. Am

Montag
von 13.00 bis 14.30 Uhr

Mittwoch
von 9.00 bis 10.30 Uhr

Donnerstag
von 13.00 bis 16.00 Uhr

gibt eine Ärztin Auskunft zu Fragen rund um die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter der Telefonnummer: 40806 – 2490.





Erfolgreiche Arbeit vorgestellt

Mit einer neuen Broschüre zum Thema Qualitätssicherung will die Ärztekammer Berlin die erfolgreiche Arbeit der vergangenen zehn Jahre in diesem Bereich vorstellen. Erstmals werden in dieser Form von der Kammer entwickelte, begleitete und bewertete Projekte ausführlich dokumentiert. War von 1995 bis 2001 die Beratung der Mitglieder zu Fragen der Qualitätssicherung (QS) und des Qualitätsmanagement (QM), die Auswertung und Veröffentlichung der Berliner Perinatal- und Neonatalerhebung eine der Hauptaufgaben der Qualitätssicherung in der Ärztekammer Berlin, so hat sich seitdem viel verändert. Teilweise wurde die Rolle der Ärzteschaft vom Gesetzgeber gestärkt, wie in der Transfusionsmedizin, in der die Ärzte-

schaft mit der Überwachung der gesamten Qualitätssicherung beauftragt wurde, teilweise wurde sie aber auch geschwächt, wie zum Beispiel in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Bundesstelle für Qualitätssicherung, in denen die ärztliche Selbstverwaltung nur noch eine beratende Stimme hat. Das bedeutendste Projekt an der Ärztekammer Berlin verbliebene QS-Projekt ist die Berliner Neonatalerhebung (BENE), an dem seit diesem Jahr zehn von zehn Kliniken teilnehmen. Ursprünglich von Professor Dr. med. Obladen und seinem Team an der Charité ins Leben gerufen, liegt die Neonatalerhebung jetzt bei der Ärztekammer Berlin – weiterhin unterstützt von Professor Obladen. Die kontinuierli-

che Datenerhebung zahlt sich aus, und der eine oder andere sich anbahnende Negativtrend konnte im Lauf der Jahre aufgrund der Kenntnisse aus den Daten abgewandt werden. Das derzeit umfangreichste Projekt des Referats Qualitätsmanagement ist die QS in der Transfusionsmedizin. Die Überwachung der Umsetzung von Vorgaben des Transfusionsgesetzes obliegt den Landesärztekammern. Berlin ist bislang das einzige Bundesland, in dem zur Überwachung der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin ein Auditsystem aufgebaut wurde. Die Auditoren werden ausschließlich aus den Reihen derer benannt, die in Berlin transfusionsmedizinisch tätig sind, sie werden von der Ärztekammer Berlin geschult und eingesetzt.

Ein weiteres Projekt der externen Qualitätssicherung ist das so genannte Stroke Unit Register. Auf freiwilliger Basis werden Daten zur Schlaganfallbehandlung erfasst und in der Ärztekammer Berlin ausgewertet. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft, die sich regelmäßig trifft und sich ähnlich einem Qualitätszirkel mit inhaltlichen Themen befasst.

Interessenten können die Broschüre beziehen bei:
Christa Markl-Vieto
Referatsleiterin QM/QS
Telefon: 030/2593-2636
E-Mail: c.markl@aekb.de

ÄSQSB

Wichtige Fristen für Röntgen- einrichtungen

Die Qualitätssicherungsrichtlinie (QS-Richtlinie nach den §§ 16 und 17 der Röntgenverordnung) legt in ihrer Fassung vom 20.11.2003 fest, dass für bestimmte Teile bereits in Betrieb befindlicher Röntgenanlagen ergänzende Abnahmeprüfungen vorzunehmen sind. Zum Jahresende läuft die Frist für Prüfungen nach DIN V 6868-58 an Röntgeneinrichtungen mit digitalen Bildempfängern ab, sofern diese bislang noch nicht durchgeführt wurden. Für Bildwiedergabegeräte (Befundungsmonitore) an digitalen Röntgeneinrichtungen, insbesondere auch an Computertomographen (CT) und Angiographieeinrichtungen, ist ebenfalls eine ergänzende Prüfung (nach DIN 6868-57) bis zum 31.12.2005 erforderlich.

Die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung – Strahlenschutz Berlin (ÄSQSB) ist gehalten, die Nachweise über die durchgeführten Abnahmeprüfungen mit Beginn des kommenden Jahres anzufordern. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden die Umsetzung der Richtlinie überprüfen werden. Die Richtlinie ist auf Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de zu finden.

Gerti Scharp, Referatsleiterin Ärztliche Stelle Qualitätssicherung - Strahlenschutz Berlin
E-Mail: g.scharp@aekb.de

Ausbildung

Lehrgang zur Ausbildung von Arzthelferinnen

Auszubildende einzustellen, anzuleiten und auszubilden ist eine anspruchsvolle Aufgabe: Für die Arzthelferin, die in Ihrer Praxis dafür zuständig ist, bietet der Weiterbildungslehrgang, den die Ärztekammer Berlin Anfang nächsten Jahres anbietet, die Möglichkeit, die Grundlagen der Ausbildung - in rechtlicher wie pädagogischer Hinsicht - zu erwerben und unter praxisnaher Anleitung zu erlernen. Damit wird eine systematische und professionelle Durchführung der Ausbildung zur Arzthelferin ermöglicht. Erfahrene Dozen-

ten aus der Praxis beleuchten den Ablauf der Ausbildung von der Auswahl der Bewerber bis zur Abschlussprüfung und gehen besonders auf schwierige Situationen während der Ausbildung ein. Weiterhin werden Kenntnisse und Besonderheiten zum Umgang mit Auszubildenden mit Migrationshintergrund vermittelt. Der Kurs stellt somit solide und umfassende Kenntnisse zur planvollen Durchführung der Ausbildung in Ihrer Praxis sicher.

Für den Kurs sind folgende Termine vorgesehen: 13./14. Januar, 27./28. Januar sowie 17./18. Februar 2006. Die Kursgebühr beträgt für insgesamt 42 Kursstunden 225 Euro.

Weitere Informationen erhalten Sie bei der Ärztekammer Berlin, Referat medizinische Fachberufe, Frau Hartmann, Telefon: 030/40806-2203.

Studie

Kurs zur Arztfachhelferin ab Januar

Der Kursbeginn ist für Mitte Januar geplant, einzelne Anmeldungen sind jetzt noch möglich. Die Weiterbildung zur Arztfachhelferin findet über etwa 16 Monate berufsbegleitend statt und endet mit einer Prüfung bei der Ärztekammer Berlin.

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie bei Frau Hartmann unter der Telefonnummer 030/40806-2203.

Synkopen-Patienten gesucht

Das Centrum für Klinische Forschung der Charité Berlin (Campus Buch) sucht männliche und weibliche Patienten zwischen 18 und 45 Jahren mit wiederholten Synkopen für eine Studie zur Bedeutung des Noradrenalin-Transporters für die Pathopsychologie neurokardiogener (vasovagaler) Synkopen. Im Rahmen der Einschlussuntersuchung wird eine diagnostische Kipptischuntersuchung durchgeführt, deren Befund dem zuweisenden Arzt gerne zur Verfügung gestellt wird. Die eigentliche Studie umfasst zwei ambulante Versuchstage von jeweils circa drei Stunden Dauer.

Weitere Informationen und Patientenmeldungen: Dr. med. Christoph Schröder
Telefon: 030/9417-2586, E-Mail: schroeder@fvk.charite-buch.de

Die „gefühlte Qualität“ des Gesundheitswesens

...ist in Deutschland schlechter als in den angelsächsischen Ländern, obwohl die Patienten sich über bestimmte Punkte sehr positiv äußern. Das ergab ein Fünf-Länder-Vergleich des in den USA ansässigen „Commonwealth Fund“. An der diesjährigen Studie, bei der es um die Qualität der Versorgung aus Patientensicht ging, nahmen neben den USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Großbritannien erstmals auch Deutschland teil. Verantwortlich für die hiesige Befragung einer Zufallsstichprobe von 1474 Medizinerfahrenen war das neue „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“. Dessen Leiter, Peter Sawicki, berichtete kürzlich in Berlin über einige Ergebnisse:

Beim Zugang zu medizinischen Leistungen ist Deutschland Spitze: Kurze Wartezeiten, schnelle Notfallbehandlung, bessere Arztwahlmöglichkeiten. Auch bei den nosokomialen Infektionen schneiden wir am besten ab. Die ausländischen Patienten gaben zwischen 7 und 10 %, die deutschen, nur 3 % an – und liegen

damit fast richtig; eine Rückfrage von BERLINER ÄRZTE im Institut für Hygiene und Umweltmedizin ergab 3,5 % bei objektiven Erhebungen. 19 % der Patienten erlebten Fehler im Krankenhaus, was dem internationalen Durchschnitt entspricht. Aber hier wurden nur 15 % der Betroffenen vom medizinischen Personal darüber informiert, in den anderen Ländern 23-35 % - ein Rückstand der „Kultur im Umgang mit Fehlern“, konstatierte Sawicki.

Schwere Defizite empfanden die Patienten – nicht nur in Deutschland – bei der Koordination (Doppeluntersuchungen!), Information und Kommunikation: Mangelhafte Aufklärung über Plan, Alternativen, Ziele und Risiken der Therapie (Beispiel: Arzneimittel-Nebenwirkungen), Klinikentlassungen ohne Information über Warnzeichen und ohne Hinweise für eine Nachbehandlung. Fazit: Fast jeder Dritte deutsche Patient findet das Gesundheitswesen so schlecht, dass es von Grund auf umgestaltet werden sollte.

R. St.

Vortrag

Zelltod durch Toxine

Die Berliner Medizinische Gesellschaft veranstaltet am 7. Dezember 2005 den Albrecht-von-Graefe-Gedächtnisvortrag. Professor Dr. med. Klaus Aktories referiert zum Thema „Süßer Zelltod durch Toxine – Struktur, Wirkung und Bedeutung von Clostridium-difficile-Toxinen“.

Aktories von der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, ist ein weltweit führender Experte auf dem Gebiet mikrobieller Toxine. Außerdem erhält Herr Professor Dr. ing. Dr. h.c. Hansjürgen Freiherr von Villiez die Ehrenmitgliedschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Vortrag

Krankenmorde im NS-Staat

Das Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin (Campus Benjamin Franklin) veranstaltet am 16. Dezember 2005 einen Vortrag mit dem Titel »Todesurteil per Meldebogen« – Ärztlicher Krankenmord im NS-Staat.

Thema ist u.a. der Fall Rosemarie Albrecht in der öffentlichen Presse, den Institutsdirektor Professor Dr. med. Volkmar Schneider vorstellt. Daneben geht es um den „Führererlass“ und seine Folgen sowie um die Tötung von Anstaltspatienten.

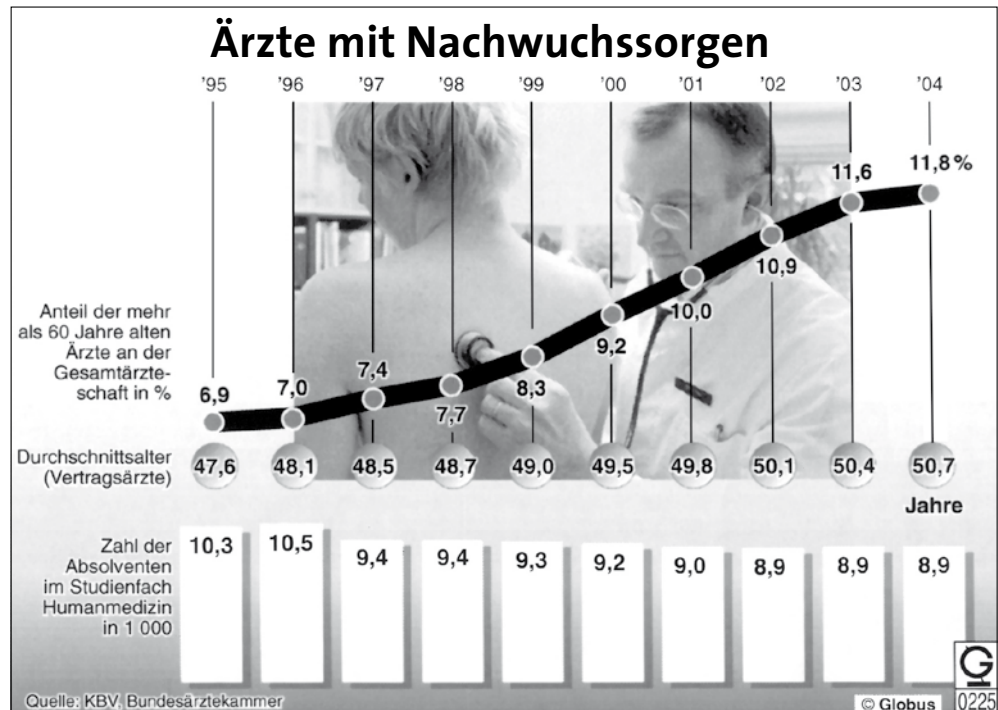
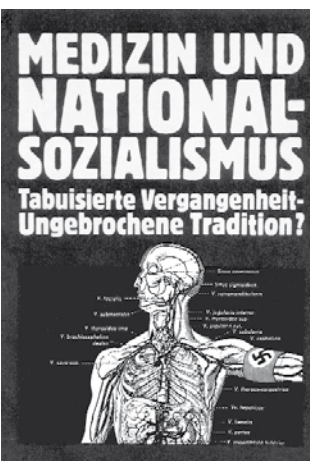
Dazu werden die Ergebnisse eines Projekts zur Auswertung von Krankenakten der Opfer der „Aktion P4“ vorgestellt. Außerdem wird die strafrechtliche Aufarbeitung von NS-Euthanasie-Verbrechen beleuchtet.

Veranstaltungsort:

Institut für Rechtsmedizin
Hittorfstr. 18, 14195 Berlin

Datum:

16. Dezember 2005 um 13 Uhr



Tagung

Ärztliche Versorgung für Menschen ohne Papiere

Unter dem Motto „achten statt verachten“ findet am **10. Dezember** in Berlin eine IPPNW-Tagung statt. Die „Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung“ will damit auf die medizinische Situation von Migranten ohne legalen Aufenthaltstatus aufmerksam machen. Aus Angst vor Abschiebung gehen diese Menschen oft nicht zum Arzt oder ins Krankenhaus. So verschleppen sie ernste Krankheiten und können damit auch zu einer Gefahr für die öffentliche Gesundheit werden. Lesen Sie dazu auch das Editorial auf Seite 3. Insbesondere die fehlende Rechtssicherheit für Ärzte und Personal bei der Behand-

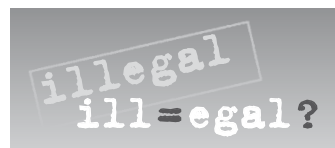
lung so genannter „illegaler“ ist aus IPPNW-Sicht auf Dauer nicht akzeptabel. Ärzte, Politiker, Juristen, Wissenschaftler und Kirchenvertreter wollen über diese Grauzone der medizinischen Versorgung diskutieren. Dabei werden auch Lösungsansätze aus anderen europäischen Staaten vorgestellt.

Tagungsort:

Auferstehungskirche Berlin,
Pufendorfstr. 11.

Informationen und Anmeldung

unter: www.ippnw.de
IPPNW, Körtestr. 10, 10967 Berlin
Telefon: 698 07 40
E-Mail: ippnw@ippnw.de



Am **9. Dezember um 20 Uhr** findet anlässlich des Tages der Menschenrechte ein IPPNW-Benefizkonzert statt.

Veranstaltungsort:

Otto-Braun-Saal der Staatsbibliothek zu Berlin,
Potsdamer Str. 33,
10785 Berlin

Es spielt das Ensemble Berlin-Shanghai zugunsten der „Malteser Migranten Medizin“ und des „Büros für medizinische Flüchtlingshilfe Berlin“. Das Ensemble spielt u.a. Stücke von Brahms und Dvorák.

Karten-Telefon

030/6980740, Fax
030/8027617 oder
im Internet unter
www.ippnw-concerts.de.

*Paracetamol***Akutes Leberversagen**

Einem Vierjährigen mit Otitis media wurden Otovowen®-Ohrentropfen (Kombination 10 verschiedener homöopathischer Verdünnungen) und ein Nasenspray verordnet. Anamnestisch ergab sich eine Medikation von Ben-u-ron® (Paracetamol)-Suppositorien durch die Mutter in nicht bekannter, aufgrund der Bestimmung des Blutspiegels jedoch sicher über den Empfehlungen liegender Dosis. Nach 5

Tagen musste das Kind als Notfall u.a. mit hepatischer Enzephalopathie sowie akutem Leber- und Nierenversagen in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag in eine Universitätskinderklinik verlegt werden. Trotz einer regelgerechten Antidottherapie mit N-Acetylcystein war eine Leberlebenspende des Vaters notwendig.

Quellen: Erfahrungsbericht aus der Kommission Organtransplantation bei der Ärztekammer, Brit. med. J. 1998; 316: 1724;

Anmerkungen: Bei einem Körpergewicht des Jungen von 29 kg genügten theoretisch 2900 mg Paracetamol für eine potenziell tödliche Dosis von Paracetamol. Der Glutathionvorrat in der Leber ist dann verbraucht, ein toxischer Metabolit kann nicht weiter abgebaut werden und schädigt die Leberzelle. Die Metabolisierung von Paracetamol kann zwischen Individuen um den Faktor 60 variieren, die potenziell tödliche Dosis ist daher individuell unterschiedlich. Trotz der Freiverkäuflichkeit Paracetamol-haltiger Arzneimittel (über 50 verschiedene Präparate im Handel) scheint es dringlich, Patienten auf die relativ enge therapeutische Breite von Paracetamol hinzuweisen. Aus gutem Grund sind Suppositorien mit einem Paracetamolgehalt von 75, 125, 250, 500 und 1000 mg für die verschiedenen Altersstufen im Handel. Nach einer Fachinformation sollte eine empfohlene Tageshöchst-dosis von 50 mg/kg KG für Suppositorien nicht überschritten werden. Bei Erwachsenen können bei längerfristiger Anwendung bereits unter Tagesdosen um 6 g Paracetamol deutliche Leberschäden auch bei fehlender Vorerkrankung der Leber auftreten. Alkohol, Enzyminduktoren wie Phenytoin oder Rifampicin und die Einnahme leberschädigender Arzneistoffe erhöhen die Hepatotoxizität von Paracetamol.

*Inhalative Glukokortikoide***Schwangere Asthmatikerinnen**

In einer neuen Studie wurden die Auswirkungen von Glukokortikoiden auf Schwangere mit Asthma untersucht. Die orale Gabe von Glukokortikoiden verursachte Blutdruckerhöhungen und einen Trend zu Prae-Eklampsie. Unter einer inhalati-

ven Therapie zeigten sich diese UAW nicht, das Risiko war nicht signifikant erhöht. Die Autoren weisen zusätzlich darauf hin, dass unkontrolliertes und schweres Asthma per se bereits das Risiko einer Schwangerschaft-bedingten Hypertonie und Prae-Eklampsie erhöht.

Quelle: Brit.med. J. 2005; 330: 230

*Trizyklische Antidepressiva (TCA)***Neue Warnhinweise**

Das BfArM hat betroffene pharmazeutische Unternehmer aufgefordert, folgende zusätzliche Warnhinweise in die Fachinformationen trizyklischer Antidepressiva (Amitryptilin, Clomipramin, Desipramin, Dibenzipin, Doxepin, Imipramin, Lofepamin, Nortryptilin, Opipramol, Trimipramin) aufzunehmen:

- TCA zeigten in Studien bei Kindern unter 18 Jahren keinen therapeutischen Nutzen und sollten in dieser Altersgruppe nicht angewandt werden.

- Parallel zu den SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wie Citalopram, Fluoxetin, Paroxetin) kann auch für TCA ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von suizidalem Verhalten nicht ausgeschlossen werden.
- TCA sind in allen Altersgruppen mit einem Risiko für kardiovaskuläre UAW verbunden.
- Daten zur Sicherheit bei Langzeitanwendung von TCA bei Kindern bezüglich Wachstum, Reifung sowie zur kognitiven Entwicklung und Verhaltensentwicklung liegen nicht vor.

Quelle: Pharm. Ztg. 2005; 150: 3157

*Phosphodiesterasehemmer***„NAION“**

Die amerikanische Überwachungsbehörde ordnete bei Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®) und Vardenafil (Levitra®) Hinweise auf eine mögliche Erblindung auf der Packung an. „NAION“, eine anteriore nicht-arterielle ischämische Optikusneuropathie, wurde bei 43 Patienten beobachtet, wobei je-

doch fast alle Patienten vaskuläre Risikofaktoren hatten und eindeutiger Zusammenhang mit einer Einnahme dieser Arzneistoffe nicht bewiesen ist. Im Vergleich zu den bekannten reversiblen Sehstörungen dieser Arzneistoffklasse geht NAION mit einem plötzlichen Sehverlust einher, der irreversibel sein kann.

Quellen: www.aerzteblatt.de; pharmakritik 2005; 27: 13

Anmerkungen: Bei einem 59-jährigen Patienten mit gut eingestellter Hypertonie und leicht erhöhten Cholesterinwerten trat ein Visusverlust auf, der nur zum Teil reversibel und dessen Ursache unklar war. Erst als der Patient nach Monaten bei seinem behandelnden Arzt beiläufig anmerkte, dass doch sicher kein Zusammenhang bestünde zwischen seinen Augenproblemen und der Einnahme von Viagra®, wurde der Arzt hellhörig. Er riet dem Patienten, keine Phosphodiesterasehemmer mehr einzunehmen. Der Arzt vermutet eine höhere Dunkelziffer von UAW bei Präparaten gegen Erektionsstörungen im Vergleich zu anderen Medikamenten, da die Einnahme oft sehr „diskret“ erfolgt.

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

Per Telefon: 0211/4302-1589, per Fax: 0211/4302-1588, per E-Mail: dr. hopf@aekno.de

Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Vernachlässigte Chlamydien-Infektionen

Infektionen mit Chlamydia trachomatis (Serogruppen D-K) gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD) weltweit. Seit Ende der 90er Jahre ist ein Anstieg der Infektionen sowohl in den USA und Kanada als auch in Großbritannien und den nordischen Ländern beobachtet worden. Von Chlamydien-Infektionen sind überwiegend Frauen in der Altersgruppe zwischen 16 und 19 Jahren und Männer zwischen 20 und 24 Jahren betroffen.

Die Infektionen verlaufen bei Männern in etwa 50 % und bei Frauen in etwa 80 % der Fälle asymptomatisch. Unerkannte, chronische oder unzureichend therapierte genitale Chlamydien-Infektionen können zu schweren Folgeerkrankungen, wie dem pelvic inflammatory disease (PID), extrauteriner Schwangerschaft oder tubarer Infertilität führen. Hierdurch werden erhebliche Kosten in der Gesundheitsversorgung (Reproduktionsmedizin) verursacht. Genitale Chlamydien-Infektionen sind besonders im akuten Stadium gut therapierbar.

Infektionen mit Chlamydia trachomatis sind in mehreren europäischen Ländern (u.a. nordische Länder, Niederlande, Großbritannien) meldepflichtig. In Deutschland sind Infektionen mit Chlamydien bisher nicht meldepflichtig gewesen. In der seit November

2002 laufenden Sentinelerhebung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen sind Chlamydien die am häufigsten festgestellte Infektion. Bisherige Studien aus Deutschland zur Prävalenz von Chlamydia trachomatis zeigten, dass bei 2,5-10 % der über 14-jährigen Mädchen und Frauen eine Chlamydien-Infektion festgestellt werden konnte. Die meisten der Infizierten wiesen jedoch keine Symptome einer Erkrankung auf.

Als Präventionsmaßnahmen der möglichen schwerwiegenden Folgeerscheinungen sind die frühzeitige Erkennung und Behandlung der genitalen Chlamydien-Infektionen von großer Bedeutung. Routinemäßige Untersuchungsangebote für

asymptomatische Personen in Form eines Chlamydien-Screenings können die Prävalenz in der Bevölkerung senken.

Ob ein Chlamydien-Screening ebenfalls in Deutschland benötigt wird, war Gegenstand einer

Fachdiskussion am Robert Koch-Institut, über die im Epidemiologischen Bulletin 43/2005 berichtet

wurde. Teilnehmer der Diskussion waren die Deutsche STD-Gesellschaft (DSTDG), die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die Ärztliche Gesellschaft zur Gesundheitsförderung der Frau (ÄGGF), „pro familia“, die Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung sowie das Robert Koch-Institut. Die Teilnehmer der Diskussionsrunde stimmten darin überein, dass in der breiten Bevölkerung Deutschlands das Bewusstsein für das Problem der genitalen Chlamydien-Infektionen fehle. Auch bei der Ärzteschaft sahen die Experten Handlungsbedarf. So sei das Wissen um die in den letzten Jahren deutlich verbes-

serten und inzwischen sehr zuverlässigen labordiagnostischen Nachweisverfahren von Chlamydien kaum verbreitet.

Um das Bewusstsein in der Bevölkerung für die Problematik der Chlamydien-Infektionen zu wecken, sollten die bisherigen Aufklärungsbemühungen zu STDs allgemein und zu genitalen Chlamydien-Infektionen im Besonderen verstärkt werden. Die Diagnose und Behandlung von Chlamydien-Infektionen sollte zudem noch mehr als bisher Gegenstand ärztlicher Fort- und Weiterbildung werden. Die Einführung einer allgemeinen Meldepflicht für Chlamydien erscheint sinnvoll, um eine Einschätzung der epidemiologischen Lage in Deutschland vornehmen zu können.

Weitere Informationen:

www.rki.de > Infektionskrankheiten von A bis Z > Chlamydien, www.rki.de > Infektionsschutz > Epidemiologisches Bulletin, www.aerztekammer-berlin.de > BERLINER ÄRZTE > Archiv > 8/2005



ÄRZTLICHE FORTBILDUNG IM

Das medizinische Wissen verdoppelt sich jedes Jahrzehnt, die Anforderungen an die „gute ärztliche Praxis“ werden ständig größer. Kontinuierliche ärztliche Fortbildung ist somit wichtiger denn je. Sie versteht sich als eine fortdauernde Weiterentwicklung der fachlichen Kompetenz, die zur Ausübung des ärztlichen Berufes notwendig ist. Doch mit welchen didaktischen Mitteln

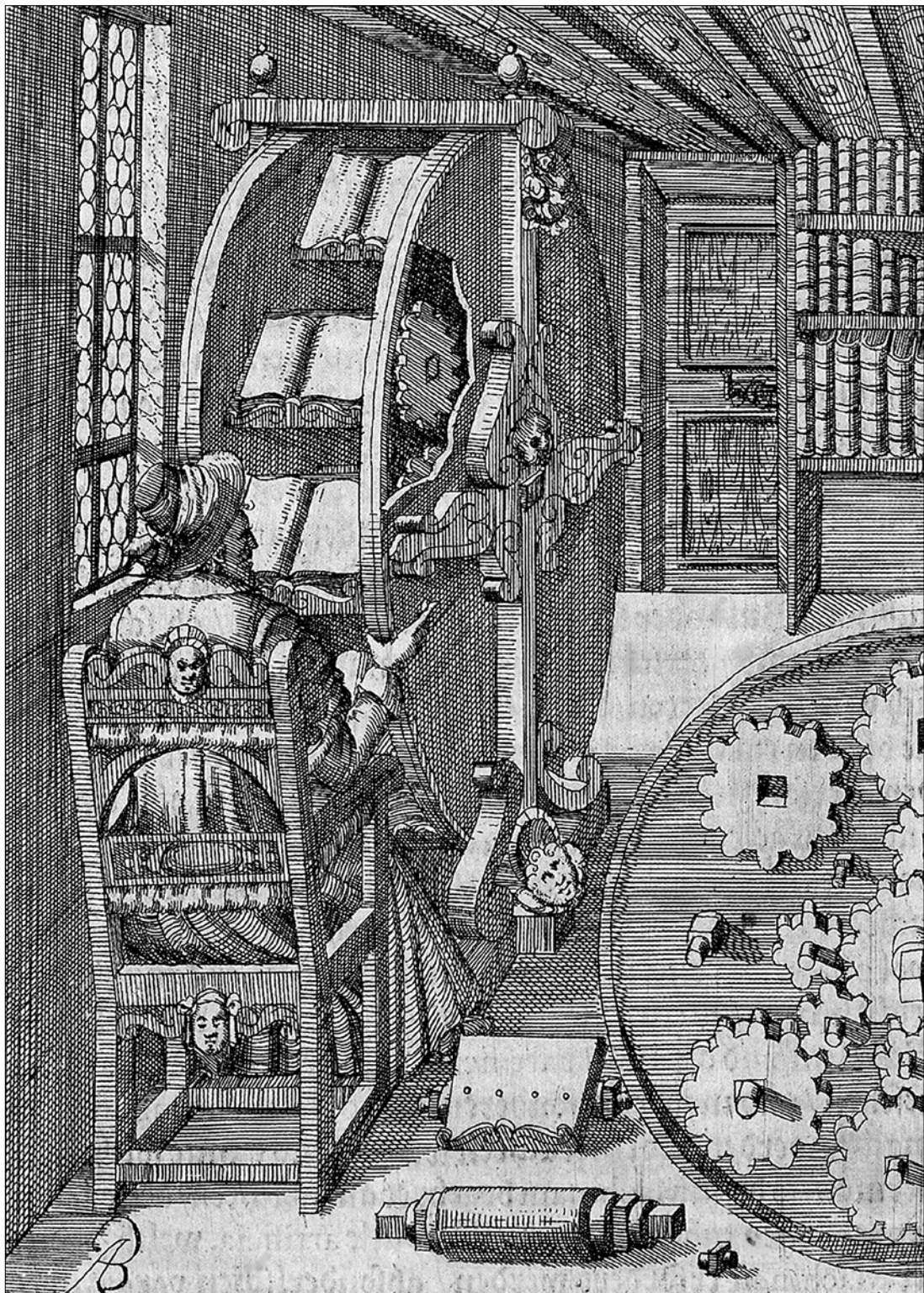
lässt sich ärztliche Kompetenz im Multimedia-Zeitalter am besten erweitern? Was können Ärzte von den verschiedenen Fortbildungsmethoden erwarten?

Und wo bestehen noch Verbesserungsmöglichkeiten?

Mit diesem Titelthema möchte BERLINER ÄRZTE einen Überblick über den aktuellen Stand der ärztlichen Fortbildung geben.

Von Sabine Möddel und
Katrin Bräutigam

Diese Lesemaschine aus dem 15. Jahrhundert kann man als Vorgänger eines Internet-Browsers ansehen: Kupferstich von Agostino Ramelli, aus ERASMUSHAUS, Haus der Bücher AG, Katalog 909, Bücher und Autographen des 15. bis 16. Jahrhunderts, Eintrag 62.



WANDEL

Lebenslanges Lernen und professioneller Kompetenzerwerb

**»Sage es mir und ich
vergeße es
zeige es mir und ich
erinnere mich
lass es mich tun und ich
behalte es«**

Konfuzius

Fortbildung erstreckt sich auf alle medizinische Fachrichtungen in ausgewogener Weise, beinhaltet aber auch die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen sowie der Kenntnisse über die sozialrechtlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen. Im Interesse einer guten Patientenversorgung ist ausschlaggebend, dass der behandelnde Arzt „das Richtige richtig macht“. Vor diesem Hintergrund ist die bloße Quantität der Fortbildung, dokumentiert anhand einer bestimmten Anzahl erworbener Punkte, für den Patienten ein nur wenig bedeutsamer Parameter. Gleiches gilt für den Zuwachs an reinem ärztlichen Fachwissen. Zwar bauen kognitives Wissen und tatsächliches Handeln aufeinander auf. Allerdings ist zu bedenken, dass neu erworbenes Wissen keineswegs auch zwingend zur Veränderung ärztlichen Handelns führt. Vielmehr liegen beachtenswerte Erkenntnisse vor, nach denen die besonders häufig wahrgenommenen Fortbildungsformen – Frontalveranstaltungen und andere Fortbildungen mit tendenziell geringer Teilnehmerbeteiligung und Lernbedarfsorientierung – einen nur verhältnismäßig geringen Einfluss auf ärztliches Verhalten ausüben und damit keine Verbesserung der Versorgungsqualität bzw. des Gesundheitszustandes von Patienten entfalten (1; 2). Diese Erkenntnisse sind anhand des Konzeptes der Kompetenzhierarchie von Miller (Abb. 1, [3]) nachvollziehbar. Demnach führt der Prozess des Kompetenzerwerbs von der untersten

Stufe beim „Wissen“ über das „Wissen wie“ und das „Zeigen wie“ zum „Tun“ und somit vom kognitiven Wissen zum Handeln. Im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Berlin werden übrigens 50% der anerkannten Fortbildungsmaßnahmen durch die höher bewerteten Fortbildungen mit konzeptioneller Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (Kategorie C) gestellt. 45 % sind Frontalveranstaltungen (Kategorie A) und 5 % Kongresse (Kategorie B).

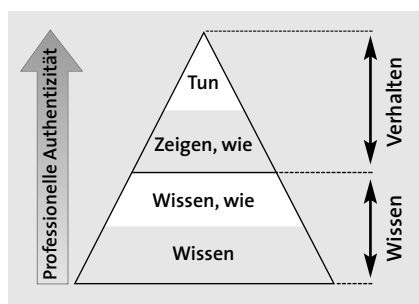


Abb. 1: Das Kompetenzmodell von Miller ([3]nach [4])

Mit Blick auf die Verbesserung der praktischen ärztlichen Fertigkeiten hat sich in den vergangenen Jahren ein deutlicher Wandel des Fortbildungsgedankens vollzogen. Sprach man in der ärztlichen Fortbildung lange Zeit vom „Lebenslangen Lernen“ (continuing medical education – CME) und verstand darunter fast ausschließlich die Vermittlung und den Erwerb kognitiven Wissens, so fokussiert der neue Fortbildungsansatz auf Kriterien und Ansprüche, an denen Ärzte heute gemessen werden: Dazu zählen wissenschaftliche Kompetenz, persönliche Haltung und Zuwendung, Qualitätssicherungsaspekte und Managementkompetenz (5). Diesem Wandel der Lernkultur hat die Union der Europäischen Fachärzte (Union Européenne des Medecins Specialistes – UEMS) im Jahre 2001 der Definition des „continuing professional development“ (CPD) in der „Basel-Declaration“ Rechnung getragen (6). Als

CPD werden alle diejenigen Maßnahmen bezeichnet, die dazu geeignet sind, Wissen, Fertigkeiten und Haltungen im ärztlichen Beruf zu erhalten, zu aktualisieren und weiterzuentwickeln. Ziel des CPD ist es, alle Aspekte der ärztlichen Berufsausübung zu erfassen und deren Qualität ständig zu verbessern.

Angesichts dieses Fortbildungsgedankens liegt es nahe auszuloten, inwieweit die enormen Innovationen auf dem Sektor der Informations- und Kommunikationstechnologien Potenziale zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung der ärztlichen Fortbildung bieten. Soll die Nutzung moderner Technologien über einzelne Modeerscheinungen hinaus nutzbringenden Bestand haben, so setzt dies voraus, dass geeignete didaktische Konzepte für die Gestaltung multimedialer Lehr- und Lernumgebungen Berücksichtigung finden.

Die nachfolgenden Beiträge stellen ausgewählte neue Ansätze vor. Dabei wird ersichtlich, dass neue Lernformen mit aktiver Wissenskonstruktion (beispielsweise im Rahmen des E-Learning) die traditionelle systematische Wissensvermittlung nicht verdrängen – offenbar gewährleistet eben gerade ein sinnvolles Arrangement mit wechselseitiger Ergänzung wirksame Lehr-Lernprozesse.

Verfasser:

Dr. med. Sabine Möddel, Referat Fortbildung, Ärztekammer Berlin

Dr. med. Katrin Bräutigam, Referatsleiterin Fortbildung, Ärztekammer Berlin
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Einen Zertifizierten Fortbildungsbeitrag für das Selbststudium („Die Chirurgie der morbid Adipositas“, Autor: Prof. Dr. med. R. T. Grundmann, Altötting) finden Sie unter www.aerztekammer-berlin.de

Literatur in der Internetversion dieses Beitrages.

Rechtlicher Hintergrund

Ärzte sind berufsrechtlich verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist (§ 4 der Berufsordnung). Mit Inkrafttreten des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes (GMG; [1]) am 1.1.2004 wurde die kontinuierliche medizinische Fortbildung zur Pflicht. Für niedergelassene Kollegen regelt § 95d SGB V die Pflicht zur Fortbildung. Sie sind verpflichtet, ihre Fortbildungsaktivitäten ab dem 30.6.2004 in fünfjährigen Intervallen mit einem Fortbildungszertifikat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Fehlende Fortbildungsnachweise werden durch stufenweise Honorarkürzung sanktioniert.

Die Umsetzung der im GMG vorgeschriebenen Fortbildungspflicht der Fachärzte an Krankenhäusern (§ 137 SGB V) steht indessen noch aus. Im Unterausschuss Krankenhaus des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) haben Ende August 2005, das heißt gut eineinhalb Jahre nach Inkrafttreten des GMG, erste Beratungen über die Umsetzung der Bestimmungen zur Fortbildungspflicht begonnen. Die Gespräche beim G-BA verweisen darauf, dass auch im Krankenhausbereich das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern als Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht anerkannt werden soll; als Besonderheit wird erwogen, dass 150 der über einen Zeitraum von fünf Jahren erforderlichen 250 Punkte einer fachspezifischen Fortbildung zuzuordnen sein sollten. Weiter soll der Fortbildungsnachweis gegenüber dem ärztlichen Direktor des Krankenhauses erfolgen.

Die Grundeinheit des Punktesystems, nach dem die für den Erwerb des Fortbildungszertifikates erforderlichen Fortbildungsmaßnahmen bewertet

Übersicht über die Fortbildungsformen und die
zuerkannten Fortbildungspunktzahlen (gekürzt nach [2])

Tabelle 1

Kategorie	Fortbildungsform	Zuerkannte Fortbildungspunktzahl (P)
A	Vortrag und Diskussion	1 P pro Fortbildungsstunde
B	Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland	3 P pro 1/2 Tag bzw. 6 P pro Tag
C	Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Workshop, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Fallkonferenzen, praktische Übungen)	1 P pro Fortbildungsstunde (1 Zusatzpunkt pro Veranstaltung bis zu 4 Stunden, maximal 2 Zusatzpunkte pro Tag)
D	Strukturierte interaktive Fortbildung via Printmedien, Online-Medien und audiovisuelle Medien mit nachgewiesener Qualifizierung und Auswertung des Lernerfolgs in Schriftform	1 P pro Übungseinheit (entspricht in der Regel einer akademischen Stunde) bei bestandener Lernerfolgskontrolle von mindestens 70%
E	Selbststudium durch Fachliteratur und Fachbücher sowie Lehrmittel	10 P werden pauschal pro Jahr anerkannt
F	Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge	Autoren erhalten 1 P pro Beitrag, Poster, Referat etc.
G	Hospitationen	1 P pro Fortbildungsstunde
H	Curriculär vermittelte Inhalte (z.B. in Form curriculärer Fortbildungsmaßnahmen; Weiterbildungskurse, die nach der Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind; Zusatzstudiengänge)	1 P pro Fortbildungsstunde

In einzelnen Kategorien sind Höchstpunktzahlen anrechenbar.
Näheres unter www.aerztekammer-berlin

werden, bildet eine 45-minütige Fortbildungseinheit. Die Fortbildungskategorien und die Bewertungsskala sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Die Ärztekammer Berlin erkennt Fortbildungsmaßnahmen, die von einer anderen Landesärztekammer im

Bundesgebiet oder einer anderen Heilberufskammer (d.h. von der Zahnärztekammer, von der Psychotherapeutenkammer oder von der Apothekerkammer) zertifiziert wurden, als Grundlage für die Erteilung eines Fortbildungszertifikats an.

Ins Datennetz gegangen

E-Learning in der ärztlichen Fortbildung

Der Begriff E-Learning bezeichnet eine Vielzahl unterschiedlichster Lehr- und Lernformen, die elektronische Medien einsetzen. Während ursprünglich lokal installierte Computerprogramme zum Einsatz kamen, findet E-Learning heute meistens via Internet oder Intranet (oder CD-ROM) statt (1). Da es sich beim E-Learning um einen zukunftssträchtigen Markt handelt, sieht man sich als Anwender einer großen Auswahl und Anzahl von Produkten gegenüber, die derzeit größtenteils von medizinischen Fachverlagen und Unternehmen der Pharmaindustrie angeboten werden. Die Bandbreite der E-Learning-Angebote erstreckt sich von der einfachen, über das Internet aufrufbaren Textseite bis zum didaktisch ausgefeilten interaktiven Lernprogramm. Außerdem sind kostenlose von kostenpflichtigen Angeboten zu unterscheiden.

Von Marc M. Batschkus, Sabine Möddel und Katrin Bräutigam

Das Lernen unter Einbeziehung elektronischer Medien bietet eine Vielzahl neuer Möglichkeiten: Kurse, die zum Beispiel Diagnostik und Behandlung einer bestimmten Erkrankung beinhalten, können flexibel erzeugt und für eine bestimmte Zielgruppe durch Passwörter geschützt im Internet bereitgestellt werden. So können nur angemeldete Teilnehmer auf die Kursmaterialien zugreifen. Der von den registrierten Teilnehmern erzielte Lernerfolg kann anhand von Aufgaben zu den Kursinhal-

ten ermittelt werden und als Grundlage für die Vergabe von Fortbildungspunkten dienen. Ein wichtiger Vorzug des E-Learning besteht sicher in der höheren zeitlichen und räumlichen Flexibilität bei der Wahrnehmung eines Fortbildungsangebotes im Vergleich zu fixierten Präsenzveranstaltungen. Darüber hinaus weist das E-Learning eine hohe Adaptivität an individuelle Lernstile, verschiedene Lerngeschwindigkeiten und unterschiedliche Interessen auf. Das wesentliche Potenzial des Lernens

mit elektronischen Medien aber liegt in seinem interaktiven und explorativen Grundansatz.

Werden im Rahmen von E-Learning-Angeboten die Möglichkeiten multimedialer Anwendungen genutzt, so gewinnt das Lernen dadurch eine neue Qualität, dass verschiedene sinnliche Repräsentationsformen von Wirklichkeit (Text, Bild, Ton) in einer gemeinsamen Anwendung miteinander verbunden sind und in frei wählbarer und wechselnder Form genutzt werden können (2; 3). Anders als bei analogen Medien (Fernsehen, Audiotapes oder Zeitschrift) spielt also die Reihenfolge des Abspeicherns für die Reihenfolge der Wiedergabe keine Rolle mehr. Ein Multimediaprodukt zeichnet sich somit nicht nur dadurch aus, dass es multimedial mehrere Sinne anspricht, sondern primär durch seine dynamische und interaktive Benutzerführung. Multimedia-Anwendungen spielen in der Medizin deshalb eine Rolle, weil zum einen viele Informationen als Bilder und in digitaler Form anfallen und vor allem, weil sie in Diagnostik und Therapie auf die Integration multimedialer Informationen angewiesen ist. Dazu gehören beispielsweise Bilddokumente (z.B. Röntgen- oder CT-Aufnahmen), Tondokumente (z.B. Auskultationsbefunde des Herzens und der Lunge) oder Filmsequenzen (z.B. bildliche Darstellung von Untersuchungen, Operationstechniken oder Patientenbefunden). Diese typologische Vielfalt des Datenmaterials disponiert geradezu für den Einsatz multimedialer Anwendungen und erklärt, warum über die vergangenen Jahre hinweg vor allem in der Medizin eine Fülle von Multimedia-Aktivitäten zum Einsatz gekommen sind (4).

Systeme multimedialen Lernens in der Medizin

Die heute verfügbaren elektronischen Fortbildungsangebote lassen sich nach ihrem methodischen Grundtyp in verschiedene Lernsysteme unterteilen (5; vgl. Tabelle 1).

Abb. 1: Beispiel einer „Anchored Instruction“: www.cme-chirurgie.de

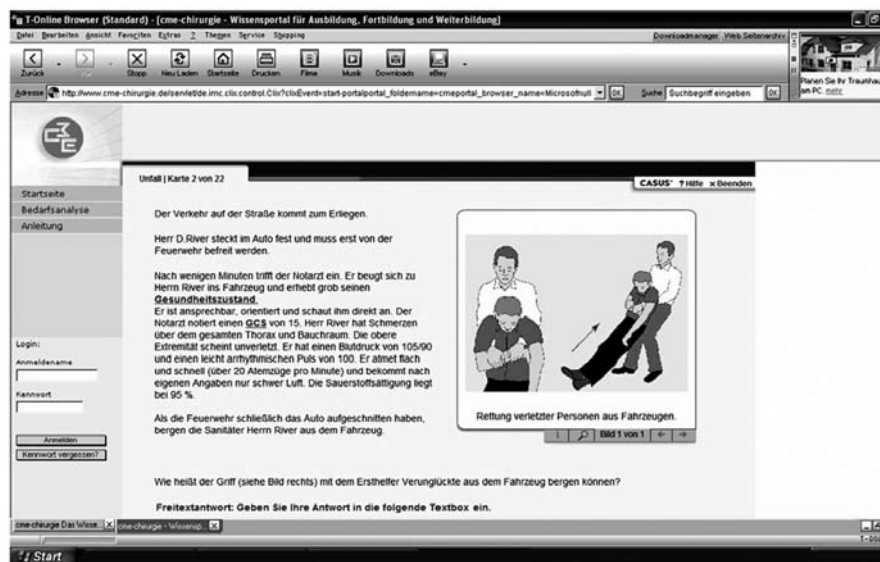


Tabelle 1

Gruppierung der verfügbaren elektronischen Fortbildungsangebote nach den zugrunde liegenden Lernsystemen (hinsichtlich der Anrechenbarkeit für das Fortbildungszertifikat des Nutzers ist die Integration einer Lernerfolgskontrolle obligat)					
Lernsystem	Fortbildungsformat (Beispiele)	Interaktivität*	Medienvielfalt*	Didaktische bzw. mediale Ausbaumöglichkeiten	Beispiele online angebotener Fortbildungen
Präsentationssysteme	Verlagerung vorwiegend textbasierter Fortbildungsseiten aus Fachzeitschriften in das Internet	-	-	Durchführung einer fallorientierten Lernerfolgskontrolle, deren Lösung die aus dem textbasierten Fortbildungsbeitrag erworbene Entscheidungskompetenz voraussetzt und ggf. durch Befunde der bildgebenden Diagnostik ergänzt wird (Koronarangiographie, CT-/MRT-Aufnahmen, Röntgenaufnahmen etc.).	www.akademos.de/cme www.multimedica.de/public/fachportal/alle/040/010/index.html/010/index.h www.thieme.de/dmw/cme/quiz
Browsersysteme	Vortrag mit zugehörigen Präsentationsfolien	-	+ (variabel, abhängig von der zugrunde liegenden Präsentation)	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzergesteuerte, auch nicht-lineare Navigation durch die Präsentation anhand eines Inhaltsverzeichnis, das die Binnenstruktur der Präsentation aufzeigt. - Ergänzung durch Erläuterung von Schlüsselbegriffen oder Schlüsselinformationen (z.B. Glossar). - Ergänzung eines Literaturverzeichnisses; Linkliste zum Thema (Fachgesellschaften, Ambulanzen). - Bereitstellung der „Take-home-message“ in einer handlungsorientierten Form, die sich mit nur geringem Aufwand in den klinischen/praktischen Alltag des Lernenden integrieren lässt; z.B. elektronisch verfügbare und/oder ausdrückbare Checkliste (z.B. symptombezogene Anamneseerhebung, Kriterien der Diagnosestellung, Therapiealgorithmus). 	www.cme-chirurgie.de www.diabetes-cme.de www.e-cme.de www.leitlinien-wissen.de www.medical-web.tv www.pneumologenverband.de www.qaef-akademie.de www.transscience.de
Simulationssysteme	Simulationen	++	+	Verfügbarkeit eines „Teletutors“, d.h. eines Experten, der für offene Fragen oder Diskussionen beispielsweise per e-mail kontaktierbar ist und innerhalb eines vordefinierten Zeitraumes (z.B. 48 Stunden) eine Antwort zusichert.	www.medscape.com www.cmelist.com/list.htm
Tutorielle Systeme	Zusammenstellung spezifischer Inhalte und Medien	++	++		www.ecme-center.org
* Zeichenerklärung: -/„gering“; +/„ausgeprägt“; ++/„sehr ausgeprägt“					

Präsentationssysteme

...sind passive Systeme, in denen Informationseinheiten (meist statischer Text, aber auch Multimedia-Inhalte wie Bilder und Grafiken, Animationen und Videos) in einer fest vorgegebenen Reihenfolge dargeboten werden. Aufgrund der Programmstruktur findet oft nur ein eingeschränkter Lerndialog zwischen Anwender und Programm statt. Der Kategorie der Präsentationssysteme zuzurechnen sind mithin online als PDF-Dokumente bereitgestellte Fortbildungs-

artikel aus Fachzeitschriften inklusive der Formulare zur Bearbeitung der zugehörigen Lernerfolgskontrolle.

Browsersysteme

...erlauben durch Querverweise in dem Lerninhalt ein selbstbestimmtes Auswählen von Informationen. Hier wird also die Idee des Hypertextes berücksichtigt. Beispielhaft sei an dieser Stelle auf die vielfach auf CD-ROM oder im Internet anzutreffende Bereitstellung von Vortrags-Foliensequenzen (im

PowerPoint- oder PDF-Format) verwiesen. Aufwändigere Produktionen halten Video-Mitschnitte der betreffenden Original-Vorträge vor, die durch das Folienmaterial illustriert und abgerundet werden. Für die längerfristige elektronische Verfügbarkeit zu Fortbildungszwecken ist es sicher erstrebenswert, dass sich dieses Fortbildungssegment auf einem konzeptionellen Niveau etabliert, auf dem insbesondere interaktive und inhaltlich strukturierte Elemente Berücksichtigung

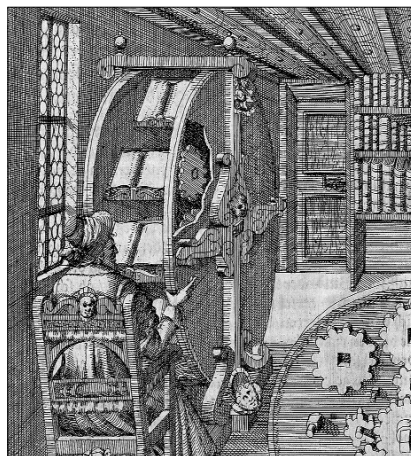
finden (vgl. Tabelle 1). Auf diese Weise können Präsenzveranstaltungen günstigenfalls sehr plastisch und strukturiert nachvollzogen und möglicherweise besonders anspruchsvolle Zusammenhänge wegen des selbstgesteuerten Lerntempos leichter wiederholt oder erarbeitet werden. Die Verwendung von Videosequenzen zur Illustration und Erläuterung innerhalb der Präsentationen bietet überdies die Chance, durch die Herstellung eines engen Praxisbezuges theoretische Inhalte besonders einprägsam zu verdeutlichen. Dieser als „Anchored Instruction“ bezeichnete Ansatz eines nachhaltigen Lernens hat sich in vielen Lernumgebungen bewährt, findet derzeit aber wohl aus Kosten- und Bandbreitengründen in medizinischen Onlineangeboten nur zurückhaltend Verwendung (vgl. Abb. 1).

Simulationssysteme

...bilden reale Situationen oder Geräte nach, so dass sich für den Lernenden eine wirklichkeitsnahe Übungssituation ergibt, die die Motivation und Lernleistung steigert. Nach der Einführung in das Programm erfolgt eine Präsentation des Modells und der Aktionsmöglichkeiten des Anwenders. Das Programm reagiert im Weiteren auf die Aktionen des Anwenders und beobachtet dessen Ergebnisse. Wegen des hohen Entwicklungsaufwandes findet sich diese Form des multimedialen Lernens augenblicklich leider noch sehr selten.

Tutorielle Systeme

...präsentieren den Lerninhalt und stellen über den bereits bearbeiteten Inhalt eine interaktive Analyse der Antwort („intelligente Kontrolle“) durch das Rechnersystem bereit. Hier können je nach Aufwand und didaktischer Finesse Fachinhalte anspruchsvoll und effektiv



dargestellt und vermittelt werden. Innerhalb der tutoriellen Systeme eröffnet sich das breiteste Spektrum an Gestaltungs- und Darstellungsformen, das vom konventionellen Text- und Tabellenwerk bis zu animierten Grafiken und interaktiven Übungen reicht. Sind die Inhalte für den Nutzer mediengerecht und inhaltsadäquat aufbereitet, so ist angesichts einer einmal gewonnenen Motivation der Lernenden, sich intensiv und ausdauernd mit vergleichbaren Lernmodulen auseinanderzusetzen, in dieser Fortbildungsform ein großes Zukunftspotenzial zu vermuten. Betrachtet man das derzeit verfügbare Angebot elektronischer Fortbildungsmodule, so ist ein Großteil der Lernangebote als Präsentations- und Browsing-system zu klassifizieren. Tutorielle Systeme und Simulationssysteme, die einen höheren Grad an Interaktivität aufweisen, sind hingegen (noch) selten anzutreffen. Maßgeblich für eine breite Akzeptanz des E-Learning ist, dass eine Lernumgebung geschaffen wird, die vor allem praxisnah und zielgruppenadäquat ist. Ein wichtiger Vorteil des Online-Mediums gegenüber dem Offline-Medium besteht sicherlich auch in der Kombination von Informations-

angeboten mit kommunikativen Elementen. Der Aufwand seitens des Lernenden, solche kommunikativen Angebote beispielsweise per E-Mail wahrzunehmen, wird allerdings nur dann investiert, wenn die berechnete Erwartung besteht, dass sich diese zeitliche Investition in irgendeiner Form „lohnt“. Dies ist dann der Fall, wenn neben einem starken Praxisbezug etwa eine Diskussion durch kontroverse Thesen „proviziert“ wird oder wenn durch die Chance zu einer qualifizierten Rückmeldung eines Experten besondere Lernerfahrungen in Aussicht stehen.

Sollten die noch vorhandenen Gestaltungsspielräume seitens der Entwickler und Anbieter elektronischer Fortbildungsmodule genutzt werden, so kann das E-Learning auch im Bereich der ärztlichen Fortbildung tatsächlich einen wichtigen Beitrag dazu leisten, eine neue wertvolle Dimension des Lernens zu erschließen.

Verfasser:

Dr. med. Marc M. Batschkus
IBE-Institut für Medizinische
Informationsverarbeitung, Biometrie und
Epidemiologie LMU München
Leiter des Multimedia-Lerncenter-Medizin,
Competence Center
Marchioninstr. 15, 81377 München
E-Mail: bat@ibe.med.uni-muenchen.de

*Der Autor betreut auch die Reihe „Surftipps“
auf der Homepage der Bayerischen
Landesärztekammer: www.blaek.de
(Suchbegriff: Surftipps)*

Dr. med. Sabine Möddel,
Referat Fortbildung, Ärztekammer Berlin
Dr. med. Katrin Bräutigam,
Referatsleiterin Fortbildung,
Ärztekammer Berlin
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

*Literatur in der Internetversion dieses
Beitrages:*

E-Learning auf Herz und Nieren geprüft

Validitäts- und Qualitätssicherung elektronischer Fortbildungsangebote für Ärzte

Das Internet beeinflusst immer stärker den Alltag in der Medizin. 64 % der deutschen Mediziner sind laut einer repräsentativen Umfrage der Boston Consulting Group online (1). Die Ärzte verbringen im Durchschnitt drei Stunden pro Woche im Internet auf der Suche nach medizinischen Informationen und Fachartikeln. 68 % sagen, dass Online-Informationen ihr Wissen über Symptome und Diagnosen beeinflussen. Auch die Fortbildungspflicht für deutsche Ärzte hat Auswirkungen auf die Internetnutzung. 61 % der Mediziner suchen gezielt nach Online-Fortbildungen, allerdings findet nur jeder fünfte geeignete Angebote im Internet. Hier tut sich mithin eine Diskrepanz zwischen Nachfrage und Angebot auf. Dies mag darauf zurückzuführen sein, dass die Inhalte in den vorhandenen Angeboten eher textlastig sind, das heißt interaktive, multimedial geprägte Fortbildungsangebote bilden noch die Ausnahme.

Wichtig scheint eine frühe Ausrichtung einer Lernsystementwicklung auf die Zielgruppe. Ein System sollte primär an die Zielgruppe angepasst werden, statt nachträglichen Aufwand zu betreiben, um die Zielgruppe an das Produkt zu gewöhnen. So sind beispielsweise bei der Fortbildung erfahrener Ärzte andere inhaltliche und didaktische Akzente zu setzen als bei der Ausbildung von Medizinstudenten. In diesem Zusammenhang bieten medizinische Fachverlage sicher vielfältige Kompetenzen, die bei der Inhaltsentwicklung und -aufbereitung genutzt werden können. Sie reichen von der redaktionellen, didaktischen und medienpezifischen Unterstützung bis zur Markterkundung und dem Marketing für das Produkt. In Kenntnis der konzeptionellen Stärken des E-Learnings, das ein eigenverantwortliches, selbstgesteuertes, zeit- und ortsunabhängiges Lernen ermöglicht, aber auch seiner Limitationen – hohe Medienproduktionskosten und ein primär elektronischer Kontakt zu Dozenten und Mitlernenden – erscheint es sinnvoll, grundlegende Anforderungen an eine mediengerechte Aufbereitung von Fortbildungsinhalten zu formulieren.

Anforderungen an hochwertige E-Learning-Module

In besonderer Weise bewährt sich das computerbasierte Lernen sicher im Erlernen dynamischer bildgebender Verfahren und ihrer Ergebnisinterpretation. Vorteilhaft ist dabei ein logisches Arrangement aus realen Bild- bzw. Videosequenzen (z.B. Operationssitus, segmentierte Darstellung eines Ablaufes bei Operationstechniken) oder diagnostischen Visualisierungen (z.B. Monitordirektbild) mit erklärenden Einblendungen und akustischen Informationen. Die Qualität virtueller Animationen und Grafiken legt indessen rasch Vergleiche mit den insbesondere in TV-Wissenschaftssendungen existierenden hohen Standards nahe, die von den Konsumenten „gelernt“ werden und eine anspruchsvolle Erwartungshaltung fördern. Wünschenswert ist in diesem Zusammenhang sicher, dass für die Übernahme geeigneter Sequenzen aus hochwertigen TV- oder Industrie-filmproduktionen zur Herstellung neuer Wissensmedien ein geeigneter lizenzrechtlicher Rahmen geschaffen wird (2).

Da Lernen ohne Überprüfung des Lernerfolgs ein nur unvollständiges Lernen ist, erfüllen in E-Learning-Module integrierte Lernerfolgskontrollen zum einen die wichtige Funktion der Selbstüberprüfung des Verständnisses und können zum anderen zur Anerkennung von Fortbildungspunkten hinzugezogen werden. Üblicherweise sollten hierbei Fragen nach dem Multiple-Choice-Verfahren des Instituts für medizinische Prüfungsfragen (IMPP) zum Einsatz kommen. Dies beinhaltet, dass pro Frage fünf Antwortalternativen vorgegeben werden, von denen nur eine richtig ist. Die für den Erwerb von Fortbildungspunkten festgelegte Bestehensgrenze liegt bei 70 % richtig beantworteter Fragen.

Schließlich ist im Interesse einer unabhängigen Aufbereitung der Inhalte zu fordern, dass Autoren – genauso wie in der medizinischen Fachpresse – dokumentieren, dass sie bei der inhaltlichen Gestaltung keinerlei Beeinflussungen unterlagen und kommerzielle Aspekte keine Rolle spielten. Weiter sollten dem Nutzer Hinweise auf das etwaige Vorliegen wirtschaftlicher Verbindungen der Autoren zu den im Fortbildungsmodul genannten pharmazeutischen oder medizintechnischen Produkten sowie deren Konkurrenzprodukten gegeben werden. Hinweise auf Unterstützung bzw. Sponsoring sind bei Vorliegen ebenfalls offenzulegen.

Die nachfolgende Checkliste „Kriterien für die Beurteilung von E-Learning-Produkten in der ärztlichen Fortbildung“ möchte dem Fortbildungsinteressierten eine Orientierungshilfe bieten, um sich einen Eindruck von der Eignung eines E-Learning-Produktes für das persönliche Fortbildungsbedürfnis zu verschaffen.

Verfasser:

Dr. med. Sabine Möddel,
Referat Fortbildung, Ärztekammer Berlin

Dr. med. Katrin Bräutigam,
Referatsleiterin Fortbildung,
Ärztekammer Berlin,
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Literatur in der Internetversion dieses Beitrages.

CHECKLISTE Kriterien für die Beurteilung von E-Learning-Produkten

Die nachfolgenden Fragen sollten mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Je mehr Kriterien mit „ja“ bestätigt werden, desto geeigneter scheint das Programm. Die Gewichtung der Kriterien sollte im Einzelfall erfolgen.

Angaben des Autors

- Hard- und Software: Sind die erforderliche oder empfohlene Hardware (Speicherkapazität, Multimediakomponenten) und Software (Betriebssystem, Bildschirmstellungen) deklariert? Ist die Anwendung auch ohne Eingriff in die Systembereiche des Betriebssystems lauffähig?
- Ist die Zielgruppe klar deklariert (Beispiel: Medizinstudenten, Pflegepersonal, Fachärzte)?
- Sind die Inhalte und die Lernziele klar umrissen? Wird definiert, wie hoch die Anteile des selbstständigen und des gemeinsamen Lernens mit anderen Teilnehmern sind?
- Hat der Autor seine Firmen- und Produktneutralität dokumentiert?

Didaktische Aspekte

- Sind die Lerninhalte in überschaubaren Lerneinheiten aufbereitet? Wird die Anzahl der Lerneinheiten und der zugehörigen Themen ersichtlich und ist die Bearbeitungsdauer angegeben?
- Handelt es sich um ein tutorielles System? (Wenn ja: Existieren Angaben zur Qualifikation der Tutoren? Stehen die Tutoren zur Verfügung? Ist eine individuelle Betreuung durch die Tutoren vorgesehen?).
- Liegt den Lerneinheiten eine Problematik oder eine Handlungssituation zugrunde?
- Werden Lernwege aufgezeigt, Lernkontrollen durchgeführt? (Wertvoll sind verschiedene Formen der Lernerfolgskontrolle: Selbsttests, Korrektur von Aufgaben durch den Tutor, Diskussion von Aufgabenlösungen mit anderen Teilnehmern).
- Sind etwaige Rückmeldungen des Programms klar? Wird ggf. ein fehlerhaftes Verständnis der Inhalte aufgedeckt?
- Sind die Texte prägnant verfasst?
- Fördert das Lernarrangement aus Grafik, Text, Ton, Bild, Film und Animation das Verständnis?
- Ist die Möglichkeit eines Austausches mit anderen Teilnehmern vorgesehen?
 - Ist ein fachlicher Austausch mit gleich fortgeschrittenen Teilnehmern möglich?
 - Wird ein Diskussionsforum zur Verfügung gestellt und dessen genaue Funktion näher beschrieben (z.B. Vorstellung von Aufgabenlösungen)?
- Können Inhalte mit Schlüsselfunktion oder direktem Bezug zur Berufspraxis (z.B. Checklisten) oder Arbeitsergebnisse gedruckt oder gespeichert werden?
- Ist der (erfolgreiche) Abschluss des Lernangebotes ersichtlich?
 - Existiert hierfür ein Set mit Übungsaufgaben, das zur Anrechenbarkeit für das Fortbildungszertifikat geeignet ist?
 - Werden Testszenarien vorgehalten?

Mediendidaktische Beurteilung

- Ist der Bildschirmaufbau übersichtlich und verständlich? Herrscht Konsistenz bezüglich Layout, Schriftart und Formatierung? Sind Haupt- und Hilfsfenster durch ihr Layout deutlich voneinander abgehoben?
- Funktioniert die Navigation intuitiv? Ist die Anwendung stabil und robust gegen Bedienungsfehler?
- Wird dort, wo inhaltliche Exkurse vorgesehen sind, darauf hingewiesen, wie man wieder zum Ursprungsdokument zurückkehrt? Ist ein Rücksprung-Steuererelement permanent vorhanden?
- Werden Medien eingesetzt, die für den Erkenntnisgewinn wertvoll sind?
- Ist die Bild- und Tonqualität angemessen?
- Ist die Farbgebung sinnvoll, motivierend und verständlich?

Die Mischung macht's

Neue Lernformen in der ärztlichen Fortbildung

In der öffentlichen Diskussion gilt es zuweilen als selbstverständlich, von den neuen Medien und vom Online-Lernen tief greifende Innovationen oder gar Revolutionen für die Fortbildung zu erwarten. Die Forschungsergebnisse hierzu sind jedoch keineswegs eindeutig und berechtigen nicht zu einer blinden Euphorie. Konsens herrscht indessen darüber, dass die Stärkung der Eigenaktivität des Lernenden, die aktive Auseinandersetzung mit dem Stoff, wie sie etwa durch den Einsatz neuer Medien begünstigt wird, eine wichtige Voraussetzung für effizientes Lernen bildet.

Unter dieser Prämisse begleitet die Ärztekammer Berlin die Entwicklung neuer Fortbildungsangebote beratend und gestaltet auch eigene Fortbildungsangebote „im neuen Gewand“. Grundsätzlich gilt es, im Interesse eines möglichst umfassenden Lernerfolges die Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Lernformen auszuloten und geeignete Lernarrangements zu kreieren. Je aktiver sich jemand mit einem Thema befasst und auseinander setzt, umso eher führt diese Aktivität auch zu einer Verbesserung in seinem Handeln. Unter dieser Voraussetzung tritt in einem modernen Verständnis auch der ärztlichen Fortbildung die Perspektive der reinen Wissensvermittlung und des Frontalunterrichts in den Hintergrund; stattdessen gewinnt die Förderung selbstständiger Lernprozesse an Bedeutung (1). Wenn auch die Forderung nach einer dementsprechend „lerner-zentrierten“ Fortbildung breite Zustimmung findet, so ist doch bis zur

Realisierung in der „Routine“ noch ein weiter Weg zurückzulegen.

Nachdem im vorangegangenen Beitrag Online-Fortbildungsmodule dargestellt wurden, sollen zwei weitere Repräsentanten neuerer Fortbildungsformen schlaglichtartig vorgestellt werden. Um die zugrunde liegenden, interaktionsfördernden Konzepte mit Leben zu füllen, wird auf die Beschreibung realer Fortbildungsszenarien aus jüngerer Zeit im Zuständigkeitsbereich der Ärztekammer Berlin zurückgegriffen.

Lernfeedback per TED-System



Foto: S. Rudat

TED-Systeme ermöglichen Abstimmungsverfahren per Fernbedienung.

Bei einem TED-System (TED steht für Tele-Dialog) handelt es sich um ein mobiles Instrument zur Erfassung, Visualisierung und Verarbeitung von Daten in Vortragsveranstaltungen, Versammlungen und Schulungen. Jeder Teilnehmer erhält einen Handsender (vergleichbar der TV-Fernbedienung), der funk- oder infrarotgesteuert mit einem Empfängermodul kommuniziert. (s. Abb.) Der Referent kann nun Multiple-Choice-Fragen mit bis zu sechs Antwortmöglichkeiten formulieren, die mittels PC und Beamer visualisiert werden. Über eine bloße Präsentation der Ergebnisse hinaus können diese gefiltert, gruppiert oder auch gespeichert und fakultativ für spätere Auswertungen verwendet werden. Optional ist eine anonymisierte oder personalisierte Erfassung der Daten möglich.

In Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammer Berlin kam ein TED-System im Jahr 2005 bislang zweimal zum

Testeinsatz. Der erste Testeinsatz erfolgte im Rahmen der semesterbegleitenden interdisziplinären Fortbildungsreihe für Haus- und Fachärzte, die in 14-tägigem Rhythmus durchgeführt wird. Von jeweils einem Allgemeinmediziner und zwei weiteren Fachvertretern werden hier an jedem Fortbildungsabend Kasuistik-basiert praxisrelevante Themen bearbeitet. Die vorgestellten Fallbeispiele aller drei Referenten bieten dabei interdisziplinär Anknüpfungspunkte und reflektieren den „State of the Art“ im Rahmen der Möglichkeiten in der Praxis. An jede der Fallvorstellungen schließt sich ein kurzes kommentierendes Statement der beiden anderen Fachkollegen an, gefolgt von einer Diskussion mit dem Auditorium. Im Mittelpunkt des Fortbildungsabends mit der Testung des TED-Systems stand das Symptom Fieber. Jeder Referent hatte in Verbindung mit seinem Beitrag drei Multiple-Choice-Kontrollfragen vorbereitet, die dem Publikum im Anschluss an seine zehnminütige Präsentation gestellt wurden. Das Ergebnis der jeweiligen Befragung lag unmittelbar vor und wurde per Beamer als Balkendiagramm projiziert. Sofort war unter Wahrung der Anonymität sichtbar, inwieweit das Auditorium Lernziele erreicht hatte. Im Anschluss an die Veranstaltung wurde anhand des Evaluationsbogens der Ärztekammer unter anderem die Akzeptanz des TED-Systems eruiert. Den Freitextäußerungen war zu entnehmen, dass anfängliche Skepsis einem insgesamt erfreuten Zuspruch wich. Eine durch das Fortbildungsreferat der Ärztekammer Berlin betreute wissenschaftliche Studie, die sich der systematischen Evaluation der vollständigen interdisziplinären Fortbildungsreihe des Wintersemesters 2004/2005 widmete, kam zu dem Ergebnis, dass die Veranstaltung mit dem Einsatz des TED-Systems hinsichtlich des Informationsgehaltes und des eigenen Erkenntnisgewinns signifikant besser beurteilt wurde als diejenigen Veranstaltungen ohne TED-System (2).

Interessanterweise wurde überdies eine ohnehin bereits sehr interaktiv konzipierte und positiv bewertete Veranstal-

tungsreihe durch den Einsatz des TED-Systems noch weiter aufgewertet. Positive Resonanz als belebendes, aufmerksamkeitssteigerndes und motivierendes Instrument fand das TED-System ebenfalls während des zweiten Testlaufes im Rahmen eines zehnstündigen Impfkurses der Ärztekammer Berlin. Wenn auch derzeit noch offen ist, ob das TED-System künftig regelmäßig zum Einsatz kommt, so sind die ersten Erfahrungen auch im Hinblick auf die vielfältigen interaktiven Einsatzmöglichkeiten und Vorzüge (Textkasten 1) viel versprechend. Die Entwicklung „guter Fragen“ zur Gestaltung aussagekräftiger Lernerfolgskontrollen ist Gegenstand weiterer Untersuchungen in der Ärztekammer.

Interaktion per Tele-Teaching

Dem Konzept des Tele-Teaching liegt die Idee zugrunde, an verschiedenen Orten zu einem Themenkomplex stattfindende Fortbildungsveranstaltungen zusammenzuführen. Im hier beispielhaft vorgestellten Fall handelte es sich um eine synchron in knapp 20 deutschen Städten durchgeführte abendliche Fortbildungsveranstaltung. Den Anlass bot ein internationaler Kongress in den USA, über dessen Themenschwerpunkte live berichtet wurde. Konzeptelemente des Fortbildungsabends bildeten die Moderation durch eine Moderatorin, eine moderierte Diskussion mit Schaltungen von Stadt zu Stadt, Interviews mit Experten am Kongressort (persönliche Vorstellung, professionelle Erfahrungswelt, therapeutische Grundüberzeugungen und Innovationen) und ein Diskussionsforum (d.h. alle Teilnehmer hatten die Möglichkeit, Fragen und Anmerkungen an die Referenten zu richten). Die Evaluation der Veranstaltung durch die Teilnehmer verwies auf die erhöhte Motivation, das interaktiv geführte „Fortbildungsprogramm“ aufmerksam und mit eigener Beteiligung zu verfolgen sowie auf die Bedeutung abwechselnder Präsentationsformen (z.B. Interviews, Filmbeitrag mit „Kongress-Rundgang“, „Kongress-Highlights“, kommentierte Präsentationsfolien, etc.).

TED-System – Nutzungsmöglichkeiten

■ Sofortiges Feedback während des Referates. Eruiert werden können:

- Angemessenheit der Informationsvermittlung
- Hypothesenbildung und -testung (Erfassen von Meinungsbildern)
- Lerntempo
- Komplexität der Darstellung

■ Steigerung der Aufmerksamkeit durch Zwischenabfragen

■ Eingehen auf die Bedürfnisse der Zuhörer

■ Messung des Wissenszuwachses

- z.B. Erfragen von klinischen Entscheidungen in Lernszenarien
- „Self-Assessment“: Der Teilnehmer erfährt (unter Wahrung der Anonymität), welche Themen er wiederholen oder vertiefen sollte
- Ermittlung des Fortbildungsbedarfs der Ärzteschaft bzw. einzelner Gruppen bzw. einzelner Personen

■ Lernerfolgskontrolle: Ist die „Take-home-message“ angekommen?

■ Messung von Meinungsänderungen durch Fortbildungsmaßnahme („vorher/nachher“), ggf. auch über längere Zeiträume (mittels Ergebnisspeicherung)

■ Evaluationsinstrument

Blended Learning: gut gemischte Lernarrangements

Als wesentliches Potenzial der neuen Medien erweist sich die Option für gut gemischte Lernarrangements: Der Begriff des „Blended-Learning“ bezeichnet Lehr-/Lernkonzepte, die eine didaktisch sinnvolle Verbindung von traditionellem „Klassenzimmerlernen“ und virtuellem bzw. Online-Lernen auf der Basis neuer Informations- und Kommunikationsmedien anstreben. Blended bedeutet auf Englisch „verschneiden“, wie dies zum Beispiel bei der Veredelung von Tee

oder Wein geschieht. Das Ziel ist in der Didaktik wie in der Lebensmittelindustrie ein Produkt aus mehreren Zutaten, welches eine höhere Qualität aufweist als die Einzelteile. In einem gelungenen Blended-Learning-Programm gilt es mithin, unterschiedliche mediale und methodische Aufbereitungen in einer geeigneten Kombination zusammenzuführen. Dabei wendet sich das Blended-Learning-Konzept gegen die Annahme, dass bestimmte Medien irgendwie vorteilhafter gegenüber anderen wären.

Angesichts der bewussten inhaltlichen Verzahnung der Präsenzveranstaltungen mit eigenständigen Fortbildungsaktivitäten in Vor- und Nachbereitungsphasen wird ein Lernen auf homogen hohem Niveau des betreffenden Teilnehmerkreises gefördert. Das Referieren, Vortragen oder Präsentieren mit Frage-Antwort-Sequenzen nimmt in der Fortbildung somit weiterhin einen wesentlichen Stellenwert ein. Während dies in der konventionellen Form als Präsenzmaßnahme etwa in Seminarräumen organisiert wird, rückt in einem Blended-Learning-Arrangement die reine Wissensvermittlung in Vortragsform in den Hintergrund. Die „Präsenz“ von Menschen an einem Ort gemeinsam mit Dozenten verfolgt nun andere Ziele: in Themen einführen, Themen vertiefend diskutieren, offene Fragen erörtern, aktuelle praktische Erfahrungen austauschen, zum Lernen motivieren und persönliche Kontakte pflegen. Damit vollzieht das Verständnis und die Anlage der Präsenzveranstaltung einen Wandel: Weg von der Inhaltsvermittlung hin zu Kommunikationsaktivitäten, die durch Problemorientierung, Fallbezogenheit, tutorielle Unterstützung und kritische Diskussion gekennzeichnet sind (3).

Schlussfolgerungen für die ärztliche Fortbildung

Als wesentliche Schlussfolgerung lässt sich aus den vorgestellten Neuerungen die Option für ein anderes Lernen ableiten: Mediengestütztes Lernen ermöglicht die Implementierung von Lernse-

narien, die heutigen Forderungen nach einem stärker selbstgesteuerten, anwendungsorientierten und kooperativen Lernen in der ärztlichen Fortbildung entgegenkommen. So bietet das Online-Lernen gegenüber bisherigen Ansätzen der Bildungsarbeit eine höhere Flexibilität im Hinblick auf Zeit, Ort und Geschwindigkeit des Lernens und kommt damit der zunehmenden Bedeutung eines lebenslangen Lernens während der Arbeit und in der Freizeit entgegen. Wenn auch von einer grundsätzlichen Überlegenheit der „neuen“ Lernformen gegenüber konventionellen Verfahren nicht ausgegangen werden kann (d.h. mediengestütztes Lernen kann und soll Präsenzveranstaltungen nicht ersetzen), so bietet es aber mehr als ein bloßes „add-on“ zu den üblichen Lernformen.

„Blended-Learning“ verbindet beide Phasen – Präsenzlernen und virtuelles Lernen. Die derzeitige Herausforderung besteht zu gleichen Teilen darin, einerseits die Implementierung der neuen Medien auf die Menschen und nicht auf die Technologie zu fokussieren sowie andererseits die Ausgestaltung traditioneller Präsenzveranstaltungen vollständig zu überdenken und ggf. interaktionsfördernd umzugestalten. Erste praktische Erfahrungen in der Umsetzung von Blended-Learning-Konzepten in der ärztlichen Fortbildung deuten darauf hin, dass durch eine sinnvoll abgestimmte Mischung von Online- und Präsenzphasen ein didaktischer Mehrwert entsteht. Eine solchermaßen ganzheitliche Lernerfahrung fördert einen aktiven, herausfordernden und nachhaltigen Kompetenzzuwachs und ist über den bloßen Erwerb von Fortbildungspunkten hinaus schließlich dazu angetan, in eine verbesserte Versorgungsqualität der Patienten einzumünden.

Verfasser:

Dr. med. Sabine Möddel,
Referat Fortbildung, Ärztekammer Berlin

Dr. med. Katrin Bräutigam,
Referatsleiterin Fortbildung,
Ärztekammer Berlin
E-Mail: fobi-zert@aeab.de

Literatur in der Internetversion dieses Beitrages.

Kammer auf konsequentem Sparkurs

Bericht von der Delegiertenversammlung am 9. November 2005

Die Einkünfte der Berliner Ärzte gehen zurück. Dies bekommt auch die Ärztekammer Berlin anhand von schrumpfenden Mitgliedsbeiträgen zu spüren. Die geplanten Maßnahmen, um diesem Einnahmerückgang zu begegnen, standen in der Delegiertenversammlung am 9. November im Mittelpunkt der Diskussionen um den Wirtschaftsplan 2006, den die Delegierten schließlich verabschiedeten.

Von Sascha Rudat

Die finanzielle Situation der Ärztekammer Berlin ist angespannt. Zwar wird die für das Jahr 2005 erwartete Unterdeckung des Kammerhaushaltes von rund 349.000 € erfreulicherweise voraussichtlich deutlich unterschritten werden. Dies gelingt – obwohl die Beitragseinnahmen bereits in diesem Jahr voraussichtlich um rund 250.000 € geringer ausfallen werden – vor allem durch höhere Gebühreneinnahmen, die Verschiebung von Investitionen und umfangreiche Einsparungen, wie der Kaufmännische Leiter der Ärztekammer Berlin, Frank Rosenkranz, den Delegierten erläuterte. Allerdings hatten sowohl die niedergelassenen als auch rund drei Viertel der angestellten Ärzte 2004 Einkommensminderungen um rund 6 % zu verzeichnen, die sich auf Berechnungen für das Jahr 2006 niederschlagen. Der Rückgang der Beitragseinnahmen wird sich aber auch im kommenden Jahr fortsetzen. Erwartet wird ein Minus von 655.000 € gegenüber 2005. Der Wirtschaftsplan für 2006, den Rosenkranz vorstellte, sieht

deshalb ein Maßnahmen-Paket aus drei Teilen vor, um eine prognostizierte Unterdeckung des Haushaltes von insgesamt rund 1,37 Millionen Euro drastisch zu reduzieren.

Starke Haushaltsdisziplin

So wird für die Ärztekammer Berlin im Wirtschaftsjahr 2006 – wie auch schon in diesem Jahr – eine starke Haushaltsdisziplin gelten. Neben Einsparungen durch Optimierung von Verwaltungsabläufen, Reduzierung von Aufgaben und damit verbundenen Personalkosten sowie durch günstigeren Einkauf werden auch höhere Einnahmen (zum Beispiel durch die Fremdvermietung von Seminarräumen) angestrebt. Ziel sei es, durch diese umfassenden und auf Langfristigkeit angelegten Sparmaßnahmen das Ergebnis für das Hauptamt der Ärztekammer im Jahr 2006 um 400.000 € zu verbessern.

Ärztekammer-Geschäftsführer Gerhard Andersen machte deutlich, dass die



Kammer in den vergangenen Jahren zudem eine ganze Reihe neuer Aufgaben übernommen hat. Als Beispiel nannte er das bei der Kammer angesiedelte Qualitätsbüro Berlin, die Fortbildungszertifizierung und die Anerkennungen fachlicher Qualifikationen von Ärzten, die ins Ausland gehen. Andersen betonte, dass die Kammer im letzten Jahr trotz dieser Zunahme der Aufgaben und der Arbeitsverdichtung ohne weiteres Personal ausgekommen sei. Jetzt geplante Personalreduzierungen werden nicht gänzlich ohne Leistungseinschränkungen für die Mitglieder möglich sein, zumal der Kammer per Gesetz weitere Aufgaben übertragen werden sollen. Der Vorsitzende der Haushaltskommission, Reinhold Grün, betonte, dass die geplanten Einsparungen „ohne Wenn und Aber realisiert“ werden müssten. Geschäftsführer Andersen zeigte sich überzeugt, dass dies möglich ist: „Wir sind auf einem guten Weg.“ Der Wirtschaftsplan 2006 wurde von den Delegierten mit 21 Ja-Stimmen, 8 Gegenstimmen und 3 Enthaltungen beschlossen.

Moderater Gebührenanstieg

Als weitere Maßnahme gegen die Unterdeckung des Haushaltes beschloss die Delegiertenversammlung mit 20 Ja-Stimmen und 8 Gegenstimmen (bei 2 Enthaltungen) eine Erhöhung der Kammer-Beitragsätze. So werden die Beiträge um 0,05 % des Beitragsprozentsatzes ab der Beitragsstufe 10 (Einkommen ab 50.000 € jährlich) angehoben. Der Höchstsatz steigt damit von 0,70 % auf 0,75 %. Die Beitragsätze werden damit ab der Stufe 10 auf das Niveau des Jahres 2001 zurückgeführt. Durch diese notwendige Maßnahme kann der Einnahmerückgang gegenüber 2005 von 655.000 € auf 385.000 € reduziert werden, wie Schatzmeister Rudolf Fitzner (Liste Allianz) erläuterte. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) betonte, dass die Ärztekammer Berlin trotz dieser Erhöhung immer noch sehr moderate Beitragsätze habe. „Keine andere Kammer fängt mit ihren Beitragsätzen bei 0,3 % an“, sagte er.

Gebühren für die Weiterbildung

Die dritte Säule der Maßnahmen gegen den Einnahmerückgang der Kammer ist die Einführung von Gebühren in der Weiterbildung zum 1. Januar 2006. Dies beschloss die Delegiertenversammlung mit 19 Ja-Stimmen, 10 Gegenstimmen und 2 Enthaltungen. Das Anerkennungsverfahren für den ersten Facharztstitel wird aber auch künftig gebührenfrei bleiben. Für alle weiteren Verfahren zur Anerkennung von Bezeichnungen, die mit Prüfungen einhergehen, werden Gebühren von 200 € erhoben. Für Anerkennungen ohne Prüfung sind in der Regel 150 € zu zahlen. Die daneben beschlossenen Gebühren können Sie dem Kasten auf Seite 7 entnehmen. Laut Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstein ist die Einführung dieser Gebühren notwendig, damit die Kosten für Anerkennungs- und Befugnisverfahren nicht gänzlich aus den Mitgliedsbeiträgen aller Kammermitglieder finanziert werden müssen.

Nach Angaben von Schatzmeister Fitzner wird sich die Unterdeckung durch die Einführung dieser Gebühren im kommenden Jahr um rund 270.000 €

senken lassen. Wären die unteren Einkommensgruppen bei der Erhöhung einbezogen worden, würden sich die Mehreinnahmen sogar auf 390.000 € belaufen. Wie Fitzner erklärte, lässt sich durch dieses Maßnahmen-Paket die gesamte Unterdeckung und damit die Vermögensentnahme 2006 auf rund 387.000 € reduzieren.

Imageschaden befürchtet

Die Erhöhung der Beitragsätze und die Einführung von Weiterbildungsgebühren stieß bei der Fraktion Gesundheit auf Kritik. Eva Müller-Dannecker betonte, dass es nicht die richtige Antwort der Kammer sein könne, mit höheren Gebühren auf die gesunkenen Einkommen der Ärzte zu reagieren. Volker Pickerodt befürchtete eine „Katastrophe für das Image der Kammer“. Er plädierte dafür abzuwarten, ob die Prognosen sich bewahrheiten und notfalls eine höhere Vermögensentnahme zu riskieren. Diese Vorgehen beurteilten Schatzmeister und Kammerpräsident kritisch. „Wir haben uns das Leben damit nicht einfach gemacht“, sagte Jonitz. Doch die Ärztekammer Berlin habe sich immer durch einen soliden Haushalt ausgezeichnet. Fitzner wies darauf hin, dass der Vorstand zunächst mit einem Plan, der einen ausgeglichenen Haushalt vorsah, in die Haushaltskommission gegangen sei. Dort habe man sich dann einstimmig – auch mit den Stimmen der Fraktion Gesundheit – auf den der DV vorgelegten Kompromiss verständigt. Der Vorsitzende der Haushaltskommission, Grün, bezeichnete die Maßnahmen, die für Mehreinnahmen sorgen sollen, insgesamt als moderat.

Jahresabschluss 2004 verabschiedet

Einstimmig nahmen die Delegierten den Jahresabschluss für das Geschäftsjahr 2004 zur Kenntnis und entlasteten zugleich den Vorstand. Dr. Peter Heinemann von der BDO-Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, die zum zweiten Mal in Folge den Jahresabschluss geprüft hatte, erläuterte, dass es keinerlei wesentliche

Beanstandungen gegeben habe und man den uneingeschränkten Prüfvermerk erteilen konnte. Fitzner nannte den Jahresabschluss insgesamt sehr erfreulich.

Änderung der Berufsordnung

Einstimmig beschlossen die Delegierten eine Änderung der Berufsordnung. Paragraf 12 Abs. 3 der Berufsordnung wird damit aufgehoben. Dort war die (regelmäßige) Prüfung von Honorarforderungen aus privatärztlicher Behandlung als Aufgabe der Ärztekammer definiert. Kammer-Geschäftsführer Andersen erklärte, man habe damit seinerzeit eine Aufgabe in die Berufsordnung hineingeschrieben, die, wenn man dies gewollt hätte, ins Kammergesetz gehört hätte. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei der privatärztlichen Behandlung um einen zivilrechtlichen Vertrag zwischen Arzt und Patient handelt, müsse man nichts überregulieren. Schon gar nicht in Anbetracht der völlig veralteten GOÄ. Es reichten die ohnehin bestehenden Bestimmungen der Berufsordnung aus. Dem Verdacht von Verstößen gegen die Berufspflichten sei die Kammer schon bisher nachgegangen und werde dies auch künftig tun. *srd*

Schlüssel ohne Schloss

Mit der geplanten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und dem elektronischen Heilberufsausweis (Health Professional Card = HPC) steht das deutsche Gesundheitswesen vor einem der größten Telematik-Projekte weltweit. Die Anforderungen an das geplante System sind enorm, der vom Gesetzgeber vorgegebene Zeitplan erweist sich inzwischen als viel zu knapp. Rund 80 Millionen gesetzlich und privat Versicherte, 270.000 ambulant und stationär tätige Ärztinnen und Ärzte sowie über 2000 Krankenhäuser, 22.000 Apotheken und rund 300 Krankenkassen sollen vernetzt werden. Doch während ursprünglich geplant war, zunächst die Strukturen für die Patientenkarte festzulegen, sind die Pläne für das Pendant auf Seiten der Ärzte, die HPC, inzwischen besonders weit gediehen. Aus Sicht der Ärztekammer Berlin, die sich intensiv mit dem Thema beschäftigt, ist allerdings eine Reihe von Fragen ungeklärt.

Von Sascha Rudat

Die eGK sollte nach dem Willen des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ab dem 1. Januar 2006 schrittweise die bisherige Krankenversichertenkarte der rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten ablösen und auch an die rund zehn Millionen privat Versicherten ausgegeben werden. Voraussetzung für den Zugriff auf die Daten der eGK soll die HPC sein. Gesetzliche Grundlage dafür ist § 291a SGB Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Ziel der Einführung einer umfassenden und einheitlichen IT-Infrastruktur im Gesundheitswesen ist, die Wirtschaftlichkeit, die Qualität und die Leistungstransparenz der Patientenbehandlung zu verbessern. Der Informationsfluss zwischen Patienten, Ärzten, Kassen und Apotheken soll optimiert werden. Davon erhofft man sich langfristig auch massive Kostenersparnisse. Nutznießer des riesigen Datenstroms werden zunächst aber vor allem die Krankenkassen sein.

Beschränkter Zugriff

Im ersten – verbindlichen – Schritt wird die eGK das elektronische Rezept (eRezept) transportieren, mit dem das Papierrezept abgelöst werden soll. Daneben enthält die mit einem Foto versehene Karte im Pflichtteil – analog zur alten Karte – Daten wie Name, Anschrift, Versichertenstatus, Krankenkasse, Geburtsdatum, Geschlecht sowie

zum Zuzahlungsstatus. Weitere – freiwillige – Funktionen der Patientenkarte sind noch nicht abschließend beschlossen. So könnte die neue Karte Träger der elektronischen Überweisung sein. Darüber hinaus ist sie als Speichermedium von Notfallinformationen wie Blutgruppe, Allergien oder Implantate des Patienten im Gespräch. Auch könnte sie Arzneimittelverordnungen dokumentieren. Voraussetzung für die Speicherung dieser Informationen soll aber das Einverständnis des Patienten sein, der an speziellen Terminals die Möglichkeit haben soll, mittels Eingabe eines PIN-Codes auf die Daten seiner Karte zuzugreifen und diese gegebenenfalls auch zu löschen. Insgesamt wird der Nutzen des neuen Systems für den Arzt zumindest in der Anfangsphase überschaubar sein.

Nachdem sich die Kassen und die Leistungserbringer als Gesellschafter der im Januar 2005 eingeführten Telematik-Betreiber-Gesellschaft gematik nicht auf die Strukturen der eGK einigen konnten, machte das Bundesgesundheitsministerium von seiner gesetzlich vorgesehenen „Ersatzvornahmemöglichkeit durch Rechtsverordnung mit vorgeschaltetem Weisungsrecht“ Gebrauch und bestimmte die Grundzüge der Testmaßnahmen für die elektronische Gesundheitskarte. Die diesbezügliche Rechtsverordnung ist in Arbeit. Grundlage für die eGK sollen nach Willen des Ministeriums die Spezifikationen der HPC sein,

die zwischenzeitlich vom HPC-Projektbüro der Bundesärztekammer entwickelt und von den Kammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bundesvereinigung der Apothekerverbände und der Krankenhausgesellschaft verabschiedet wurden. Erste HPC-Prototypen sind derzeit in der Planung. Damit werden allerdings die ursprünglich geplanten Entwicklungsschritte zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte umgekehrt – was aus Sicht der Ärztekammer Berlin nicht ganz unproblematisch ist. „Wir haben einen Schlüssel, bevor das Schloss fertig ist“, erklärt Ärztekammer-Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen (siehe Kasten S. 27).

Funktionen und Herausgeber der Karte

Die Bestimmung der für die Herausgabe der Heilberufsausweise zuständigen Stellen obliegt den Landesgesetzgebern. Sie haben auch zu regeln, welche Stellen die berufsbezogenen Angaben bestätigen müssen. Es zeichnet sich ab, dass die Kammern diese Aufgaben übernehmen sollen.

Die HPC wird drei grundlegende Funktionen enthalten:

Authentifikation: Der Karteninhaber kann sich mit der HPC gegenüber Computersystemen und der elektronischen Patientenkarte als Person und in seiner Funktion als Arzt ausweisen.

Signatur: Mittels HPC kann der Karteninhaber elektronische Dokumente rechtskräftig unterschreiben (digital signieren).

Verschlüsselung: Der Arzt kann mit der HPC elektronische Dokumente für den Transport verschlüsseln oder verschlüsselte Dokumente entschlüsseln.

Die HPC ist somit auch eine elektronische Signaturkarte im Sinne des Signaturgesetzes (SigG). An die Herausgabe der Karte werden daher hohe Anforderungen gestellt. Die Karte soll ein qualifiziertes Zertifikat zur Identitätsbestimmung enthalten, das auch zweifelsfrei bestätigen muss, dass der Karteninhaber die Berufsbezeichnung Arzt tragen darf. Dieses Zertifikat muss laut SigG von einem so genannten Zerti-

fizierungsdiensteanbieter (ZDA) erstellt werden.

Mehrere Modelle, wie Bundesärztekammer, Landesärztekammern und ZDA zusammen arbeiten könnten, sind im Gespräch. Derzeit wird von der Bundesärztekammer ein Modell favorisiert, bei

dem die Landesärztekammern als Herausgeber der HPC auftreten und von der BÄK ein Rahmenvertrag mit mehreren ZDA abgeschlossen wird. Der Arzt, der eine HPC beantragen will, soll dies bei der jeweiligen Landesärztekammer tun und zudem einen der zugelassenen

ZDA auswählen. Die Ärztekammer müsste dem ZDA in diesem Modell dann bestätigen, dass ein Antragsteller berechtigt ist, die Berufsbezeichnung Arzt zu tragen.

Die Landesärztekammern bekämen damit eine vollkommen neue Aufgabe übertragen, die aus Sicht der Berliner Kammer eine Reihe von ungeklärten rechtlichen, finanziellen und organisatorischen Risiken birgt. Zwar geben die Landesärztekammern bereits bisher den herkömmlichen Arztausweis heraus; dieser Mitgliedschaftsausweis der Kammer aber ist mit dem Heilberufsausweis, der den Ärzten Zugang zu den umfangreichen Daten der gesetzlich Versicherten verschaffen wird, nicht zu vergleichen.

Nach dem von der zuständigen Senatsverwaltung vorgelegten Entwurf zur Änderung des Kammergesetzes sollen die Kammern künftig die Aufgabe haben, „Kammermitgliedern Heilberufsausweise und sonstige Bescheinigungen, auch elektronischer Art, sowie qualifizierte Zertifikate oder qualifizierte Attribut-Zertifikate mit Angaben über die berufsrechtliche Zulassung nach dem Signaturgesetz auszustellen und auszugeben, wobei sie vorhandene Zertifizierungsstellen nutzen und mit anderen Kammern in Berlin oder länderübergreifend zusammenarbeiten können“.

In einer Stellungnahme zu dieser geplanten Kammergesetzänderung hat die Ärztekammer Berlin die Übernahme

Die Rechnung muss stimmen

„Für Datenschützer und kritische Computerexperten ... trotz aller Zusicherungen ineffektiv, zu teuer und vor Missbrauch nicht gefeit. Die Wirtschaft jedoch erhofft sich ... eine gute Startposition im neuen Markt. ... Jetzt rechnet die Industrie mit einem Millionen-Geschäft.“

Dieses Zitat aus der Süddeutschen Zeitung betrifft nicht die eGK und auch nicht die HPC, es geht um den neuen Reisepass, für den der Bundesbürger künftig mehr als doppelt soviel hinblättern darf als bisher. Und was hat er davon? „Er kann besser überwacht werden“, sagen Kenner.

Natürlich kann man den Reisepass nicht mit der Patientenkarte und dem elektronischen Arztausweis vergleichen. Hier ein Instrument um sich auszuweisen. Dort der Tresor voller persönlicher und intimster Informationen, vor dem das Schloss (eGK) hängt und für das der Arzt und viele andere einen Schlüssel bekommen sollen, die HPC. Bei näherer Betrachtung dieses äußerst komplexen und komplizierten Feldes lassen sich durchaus Argumente finden, die für eine stärkere Nutzung der neuen Medien in der Medizin sprechen. Wir haben alle gelernt, in unserer ärztlichen Tätigkeit technische Entwicklungen aufzunehmen und in der täglichen Praxis zu nutzen. Aber wir haben (mit wenigen Ausnahmen) immer selbst entscheiden können, ob es für den Patienten, für das Arzt-Patienten-Verhältnis gut ist. Und wir konnten das, was uns als Fortschritt verkauft wurde, auch ignorieren. Zu Recht, denn mancher „Fortschritt“ erwies sich später als teurer Flop.

Man sollte den Artikel von Sascha Rudat genau lesen, nötigenfalls zweimal. Er zelebriert natürlich nicht die „Zeitenwende hin zu einer neuen, elektronischen Welt im Gesundheitswesen“ (Zitat BÄK). Er zeigt kurz gefasst das Thema auf und will die Berliner Ärzteschaft über den Sachstand und die Linie ihrer Kammer informieren. Hierzu sollte man auch wissen, dass schon vor Jahren in einigen Regionen Deutschlands Landesregierungen dieses Thema aufgegriffen, Zeit und erhebliche finanzielle Mittel bereitgestellt und mit allen Akteuren Pilotprojekte entwickelt haben. In Sachsen beispielsweise startete nach mehrjährigem Vorlauf unter Federführung der AOK im Jahre 2003 das Projekt „saxtelemed/saxmedicard“. Darauf aufbauend soll nun mit 50 niedergelassenen Ärzten und 500 Patienten – nach Zulassung durch die gematik – das System als so genannte Modellregion erprobt werden. Bevor flächendeckend Risiken eingegangen werden, sollten die Ergebnisse solcher Projekte unbedingt abgewartet, Erfahrungen genutzt und die Sache selbst, sine ira et studio, weiter entwickelt werden. Die rechtliche Legitimation durch ein entsprechendes Gesetz fehlt in Berlin allerdings (noch).

Niemand hat etwas dagegen, dass irgendwann unser blauer Papier-Arztausweis durch ein intelligentes Plastikkärtchen ersetzt wird. Das steht auch für die Ärztekammer Berlin nicht in Frage. Aber sie bemüht sich um eine vorherige rationale Risiko-Kosten-Nutzen-Betrachtung. Wenn Ärzte (und Versicherte) mit ihrem Einkommen dafür sorgen, dass die „Industrie mit einem Millionen-Geschäft“ rechnen kann, mag selbst das noch durchgehen. Aber nur, wenn die Rechnung auch für uns und unsere Patienten stimmt.

Dr. med. Gerhard Andersen
Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

dieser Aufgaben kürzlich abgelehnt, da sie diese nicht mit hinreichender rechtlicher Sicherheit wahrnehmen könne. Insbesondere sieht die Kammer die Aufgabe der Bestätigung der berufsbezogenen Angabe Arzt kritisch. Hintergrund ist, dass die Stelle, die positiv bestätigen muss, dass eine Person befugt ist, den Arztberuf auszuüben, sichere Kenntnis darüber haben muss, dass die Person approbiert ist und die Approbation auch nicht zurückgenommen oder widerrufen wurde. Über diese Kenntnisse verfügt in Berlin aber nicht die Ärztekammer, sondern als Attributsquelle das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo), das für approbationsrelevante Entscheidungen und Bestätigungen zuständig ist. Nach Ansicht der Ärztekammer sollte deshalb auch das LaGeSo die Aufgabe der Bestätigung der berufsbezogenen Angabe Arzt übernehmen. Die geplante Gesetzesänderung könnte zudem steuer- und wettbewerbsrechtliche Konsequenzen für die Kammer nach sich ziehen.

Völlig offen sind derzeit auch die haftungsrechtlichen Risiken für die Kammer und damit für ihre Mitglieder. Denn das Projekt elektronischer Arztausweis bewegt sich im riskoträchtigen Spannungsfeld hochdifferenzierter Rechtsbereiche. Exemplarisch sei das im allgemeinen Persönlichkeitsrecht wurzelnde Datenschutzrecht genannt. Wie im Problem- und Schadensfall die haftungsrechtlichen Risiken zwischen Kostenträgern (Kassen), Leistungserbringern (Ärzten) und den den Arztausweis herausgebenden Kammern zugewiesen werden, ist zur Zeit unabsehbar.

Offene Kostenfragen

Auf die Kammer und ihre Mitglieder kommen mit der Einführung der HPC erhebliche Kosten zu. Zwar lassen sich noch keine genauen Angaben darüber machen, bis die Telematik-Infrastruktur und die HPC-Spezifikationen endgültig feststehen. Nach Schätzungen der BÄK muss der einzelne Arzt aber im ersten Jahr mit bis zu 100 Euro und in den Folgejahren als Betriebskosten mit bis zu 60 Euro jährlich rechnen.

Hinzu kommen für niedergelassene Ärzte die Kosten für die Schaffung der notwendigen EDV-Infrastruktur in den Arztpraxen. Nach Angaben der KBV müssen niedergelassene Ärzte im Schnitt mit Investitionen zwischen 2000 und 3000 Euro rechnen, die sie vorfinanzieren müssen. Diese Summe kann sich im Einzelfall stark nach oben bewegen – je nachdem auf welchem technischen Stand die EDV der Praxis sich befindet. Refinanziert werden sollen durch extrabudgetäre Zuschläge aber nur die Kosten, die durch die Einführung der eGK entstehen, nicht aber die Anschaffung neuer EDV-Systeme. Sicher ist zur Zeit aber nicht, ob die Investitions- und Betriebskosten für den einzelnen Arzt über Transaktionszuschläge zurückerstattet werden.

Das zentrale Problem der Finanzierung der elektronischen Gesundheitskarte und ihrem Pendant, dem Heilberufsausweis, ist die ungleiche Kosten-Nutzen-Allokation zugunsten der Kostenträger. Das Einsparpotenzial liegt zu 90 Prozent auf Seiten der Kostenträger. Mit diesen Einsparungen könnten rein rechnerisch die Investitionskosten von den Kassen finanziert werden. Ein Nutzen für die Ärzteschaft ist allenfalls mittelfristig in der Verbesserung der gegenseitigen Information zu sehen.

Kein Schaden für Kammermitglieder

Die Ärztekammer Berlin beschäftigt sich schon seit geraumer Zeit intensiv mit dem Thema HPC. Deshalb setzt sie sich dafür ein, die noch offenen rechtlichen und finanziellen Fragen im Vorfeld zu klären, um einen möglichen Schaden für die Kammer und ihre Mitglieder zu vermeiden. Der vom Gesetzgeber vorgegebene Zeitrahmen für die Einführung des Mammutprojektes „elektronische Gesundheitskarte“ ist ohnehin nicht zu halten. Vorauseilende Geschäftigkeit ist deshalb fehl am Platz. Vielmehr muss für die Einführung der eGK und der HPC ein solides Fundament geschaffen werden, damit nicht ein Großteil der Kosten und Aufgaben zu Lasten der Leistungserbringer im Gesundheitswesen geht.

srd

Gelbe Karte für das Gesundheitssystem

Jörg Blech: Heillose Medizin. Fragwürdige Therapien und wie Sie sich davor schützen können. S. Fischer Verlag 2005, 250 Seiten, 17,90 €, ISBN 3-10-004413-4.

Immer mehr Menschen suchen ihr Heil – ihre Heilung – in der alternativen Medizin, überproportional viele von ihnen gut ausgebildet und informiert. Wie kommt das? Und wie ist das zu erklären, dass das Ansehen der Ärzte im Sinken begriffen ist, da doch in den Medien täglich neue Triumphe der Medizin gefeiert werden?

Ganz einfach meint der „Spiegel“-Buchautor Jörg Blech, wir haben eine Fehlsteuerung im System. Nicht das Wohl der Menschen stehe im Vordergrund, sondern der große Komplex der Gesundheitsindustrie funktioniere geldgesteuert. Der Markt richtet also nicht, sondern richtet an. Leidtragende seien die Patienten, die – oft für viel Geld – Placebomedizin oder Schlimmeres erhalten würden.

Hinter dem krawallig anmutenden Titel verbirgt sich allerdings ein gut recherchiertes Aufklärungsbuch. Nach einem

kurzen Ausflug in die Medizingeschichte mit eher erheiternden Quacksalbereien, die dereinst Therapie der Wahl waren, wendet sich der Autor der Pharmaindustrie zu, die, wie er am Beispiel von Paroxetin oder Donepezil zeigt, mit aufgeschützten Studien versucht, die Marktchancen ihrer Medikamente zu verbessern. Es wird die Frage aufgeworfen, inwieweit Medizin überhaupt die Volksgesundheit beeinflusst. Robert Virchow und Ivan Illich werden nicht zitiert, aber Blech kommt durchaus in ihrem Sinne zu dem Schluss, dass Gesundheit im Wesentlichen von Hygiene und damit vom Lebensstandard abhängt, bzw. dass ein ungebremstes Medizinwachstum mit einer Verschlechterung des gesundheitlichen Nutzens einhergeht.

Des weiteren wendet sich der Autor der problematischen Studienlage der Osteoporosetherapie zu, der Krebsvorsorge und -therapie, sowie den „Mythen der Orthopäden“. Selbst Rückenschmerzpatient kann er hier eigene Anekdoten beisteuern.

Die mittlerweile berühmte Moseley-Studie (arthroskopische OP des Kniegelenks vs. Kontrollgruppe mit Schein-

OP) darf nicht fehlen. Ergebnis: subjektiv gleiche Erfolge in beiden Gruppen, auch zwei Jahre später. Zurecht geißelt er die gigantischen Zuwachsraten der interventionellen Kardiologie, die immer noch nicht mit adäquaten Erfolgen aufwarten kann.

Das Buch ist flüssig und ohne Fachchinesisch geschrieben, allerdings gelegentlich etwas einseitig. Es kommt ohne Furor oder Larmoyanz aus. Gelegentlich ist ein sarkastischer Unterton vorhanden, was aber eher zur Lesbarkeit beiträgt. Es wendet sich an den interessierten Laien, zitiert aber auch viele wissenschaftliche Studien. Es soll die Augen öffnen bezüglich der Gefahren des kommerzialisierten Gesundheitswesens. Blech analysiert und kritisiert aber nicht nur, sondern er fordert einen Verbraucherschutz für Patienten und macht dazu sieben Vorschläge. Und ganz am Schluss stellt er eine Checkliste für Patienten vor, die vor einer geplanten Operation stehen.

Trotz der Sorge, dass manch ein Patient sich unter dem Einfluss der Lektüre einer notwendigen Therapie verweigern könnte, weil er sein Vertrauen in die Medizin verloren hat, wünsche ich dem aufklärerischen Buch eine weite Verbreitung. Vielleicht wären dann sogar die Ärzte bereit, es zu lesen.

Dr. med. Ulrich Scheub

Viele Fragen als Weg

Sibylle Herbert: Überleben Glückssache. Was Sie als Krebspatient in unserem Gesundheitssystem erwartet. Scherz Verlag GmbH Frankfurt am Main, 2005, 256 Seiten, geb., 17,90 €, ISBN 3-502-14002

„Für mich ist die Medizin das letzte Relikt des Feudalismus, was sich ganz besonders an den hierarchischen Strukturen festmacht. Fragen sind unerwünscht, der Chef hat immer recht...“ Das sagt

eine Ärztin – nicht die Patientin, die Protagonistin dieses erstaunlichen Buches. Dies ist keine jener autobiografischen Aufzeichnungen über die eigene Krankheit und ihre Behandlung, wie sie besonders oft von Brustkrebspatienten veröffentlicht werden. Das ist es zwar auch, und Sibylle Herbert, politische Journalistin beim NDR Köln, schildert sehr professionell, wie sie vom angstgeschüttelten Bündel im Diagnoseschock auf dem langem Weg durch die Institu-

tion Krankenhaus zur informierten, mündigen Patientin wird. („Fragen ist mein Weg. Das habe ich gelernt. Das kann ich. Wissen gegen die Angst...“) Aber sie beschreibt detailliert die am eigenen Leibe erfahrenen Defizite des Medizinbetriebs, so, dass viele ihrer Beobachtungen übertragbar sind: auf andere Krankheiten als Krebs, auf andere Krankenhäuser als die Uniklinik Köln. Und vor allem dies ist anders – fast sensationell anders: Sie merkte, dass viele Ärzte „mit den Abläufen im Medizinbetrieb genauso unglücklich sind wie die Patienten und den Eindruck haben, wenig ausrichten zu können“. Da ent-

schloss sie sich, nach dem Ende ihrer Behandlung die Ärzte zu interviewen und denselben Sachverhalt einmal aus Professionellen- und einmal aus Patientensicht darzustellen. Sie bekam sehr offen Auskunft, die meisten Namen mussten nicht einmal pseudonymisiert werden. Ihr behandelnder

Oberarzt Mathias Warm (der auch mit ihr gemeinsam im Deutschen Krebsforschungszentrum aus dem Buch las) beklagte zum Beispiel die ungleiche Qualität der Krebsmedizin – vom Screening bis zur Nachsorge: „...Die Frauen müssen also das Glück haben, an den richtigen Arzt zu geraten... Von Qualitäts-

standards ist viel die Rede. Die Realität sieht immer noch anders aus.“ In Geleitworten wird dieses für Ärzte und Laien gleich lesenswerte Buch von der Deutschen Krebshilfe wie der Deutschen Krebsgesellschaft empfohlen.

Rosemarie Stein

Die frühen Jahre

Thomas Gerst: Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945 - 1955. Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2004. 270 S., 38,00 €, ISBN 3-515-08056-2

Die Bedeutung der ärztlichen Standesorganisationen für die Nachkriegsgeschichte der Gesundheitsversorgung ist unbestritten. Trotzdem fehlte bisher eine fachhistorische und damit quellen-gestützte Geschichte des Zeitraums der Neugründung der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen nach der Auflösung der Reichsärztekammer durch die alliierten Besatzungsmächte in deren Zonen. Umso mehr ist zu begrüßen, dass die bisher nur wenigen Interessierten bekannte Dissertationsschrift nun auch, in aktualisierter Fassung, publiziert ist.

Den Kenner der bundesrepublikanischen Frühgeschichte wird nicht verwundern, dass es in allen Bundesländern schrittweise „unter der bürgerlich-konservativen Regierungsmehrheit nach 1949 ... zur Restauration bereits vor 1933 bestehender oder in der NS-Zeit entwickelter

Formen ärztlicher Standesvertretungen“ kam. In (West-)Berlin erfolgte sie aufgrund der besonderen politischen Rahmenbedingungen und auch wegen großer Widerstände in der Ärzteschaft selbst erst 1961. Der Autor kann aber, erstmals auch unter Einbeziehung der in den Archiven der Ärzteschaft selbst lagernden Bestände sowie derjenigen des Bundes und der Länder, darstellen, dass es in der frühen Nachkriegszeit ein größeres Spektrum an Entwicklungsmöglichkeiten gegeben hatte.

Ausführlich beschrieben wird dabei die letztlich erfolglose Suche nach einer Gesetzgebungskompetenz des Bundes und der Neubeginn auf der Länderebene, der insbesondere in der amerikanischen Besatzungszone auf große Schwierigkeiten stieß; dort erhielten nämlich korporatistische Bestrebungen nicht nur im Bereich wirtschaftlicher Interessenvertretungen, sondern auch bei berufsständischen Organisationen zunächst klare Absagen. Dieser Widerstand wurde erst kurz vor Gründung der Bundesrepublik aufgegeben. Bereits

Anfang der 50er Jahre verfügten alle Länder wieder über Ärztekammern.

Das „rasche Ende ärztlicher Selbstverwaltung in der sowjetisch besetzten Zone“ ist ebenfalls Gegenstand eines eigenen Abschnittes. Weiter wird die Bedeutung der damals innerärztlich hoch umstrittenen Mitscherlich/Mielke-Publikation zum Nürnberger Ärzteprozess 1946 für die Aufnahme der deutschen Ärzteschaft in den Weltärztebund deutlich. Umfassende Behandlung erfahren auch andere interzonale Fragen, wie die Probleme der Jungärzte (Gründung des Marburger Bundes), der Ernährungsrat, die Psychotherapie, die unbefriedigenden Honorarverhältnisse sowie die Ausschaltung der Konkurrenz von Heilpraktikern, Werksärzten und des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Neben der fundierten Information macht der flüssige Stil das Buch zur gewinnbringenden Lektüre – nicht nur für standespolitisch interessierte Ärzte sondern darüber hinaus für alle, die einen wesentlichen Einblick in die komplexen Beziehungsgeflechte der gesundheitspolitischen Nachkriegsakteure gewinnen möchten. So viel Anfang war nie!

Dr. med. Udo Schagen

Niels Sönnichsen zum 75sten

Foto: privat



Der geborene und bekennende Mecklenburger, Prof. Dr. med. Niels Sönnichsen, hat in Berlin an der Humboldt-Universität Medizin studiert. Nach

kurzer Tätigkeit im Krankenhaus Schwerin und als Landarzt führte ihn sein Weg über die Biochemie der Universitäten Greifswald und Jena wiederum nach Berlin, um seine Weiterbildung zum FA für Dermatologie zu absolvieren und sich auch bald zu habilitieren. Bereits 1966 wurde er zum Direktor der Universitäts-Hautklinik Jena berufen, danach auf den Lehrstuhl der Charité-Hautklinik, den er von 1970 bis 1993 ausfüllte. Nach dem Fall der Mauer 1989 war er maßgeblich daran beteiligt, die beiden Berliner Dermatologischen Gesellschaften schnell und unkompliziert wieder zu

vereinigen, was 2005 mit der Verleihung der Ehrenmitgliedschaft gewürdigt wurde. Nach dem Ausscheiden aus der Charité war er fünf Jahre auf Borkum tätig, wo er ein Zentrum für Dermatologie, Pädiatrie und Allergologie entwickelte. Seit 1998 ist er in privatärztlicher Praxis tätig und unverändert wissenschaftlicher Berater von Klinik- und Industrie-Unternehmen, wiederum in Berlin.

Der formale Lebensweg ist rasch nachgezeichnet, aber Sönnichsens hervorragenden Erfolge in allen Bereichen der Diagnostik und Therapie von Hautkrankheiten, der Lehre, der klinischen sowie Grundlagenforschung und nicht zuletzt der gesundheitspolitischen Zielsetzungen hat er durch hohe Begabung und unermüdlichen Fleiß sowie hervorragende konzeptionelle und strategische Planung errungen.

Über 700 wissenschaftliche Arbeiten, 15 Monographien und Buchbeiträge,

weit über Tausend wissenschaftliche Vorträge zeugen von dieser hohen Aktivität und seiner Fähigkeit konzeptionell zu denken, Arbeitsgruppen zu lenken und zahlreiche Schüler zu fördern. Schwerpunkte sind die Immundermatologie, Autoimmunkrankheiten (Lupus erythematoses), Dermatotherapie, Photodermatologie (Psoriasis), Onkologie (Melanom), Allergologie und Rehabilitation sowie AIDS-Bekämpfung als zentrale präventive Aufgabe in der damaligen DDR.

Niels Sönnichsen hat auch in schwierigen Zeiten stets persönliche Verantwortung (z.B. im Forschungsbeirat) übernommen, Konkretes im Dienste der Sache angepackt sowie Kontinuität und hohe fachliche Kompetenz bewiesen. Seine Frau, die Kinderärztin Maren, möchten wir in die Gratulation mit einbeziehen und unserem Jubilar noch viele schöne Jahre in unnachahmlichem Optimismus sowie Harmonie zwischen Patienten, Wissenschaft und Familie wünschen. Ad multos annos!

Prof. Dr. med. Uwe-Frithjof Haustein

Günter Ehlers wird 75

Foto: privat



Am 17. Dezember 2005 begeht der ehemalige Chefarzt der Dermatologischen Klinik am Krankenhaus Neukölln, Prof. Dr. med. Günter Ehlers, seinen 75. Geburtstag.

Günter Ehlers immatrikulierte sich für das Fach Medizin im Wintersemester 1950 an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Unter den Verschärfungen des politischen Klimas nach dem 17. Juni 1953 leidend, verließ er Halle und setzte sein Studium an der Justus-Liebig-Universität in Gießen fort, welches er 1957 mit dem Staatsexamen und der Promotion abschloss.

Er begann seine Laufbahn als Dermatologe an der Universitäts-Hautklinik Gießen unter der Leitung von Prof. R. M. Bohnstedt. Besonders aber Prof. Knoth, später Direktor der Hautklinik Stuttgart-Bad Cannstatt, hat Ehlers im wissenschaftlichen und persönlichen Bereich in hohem Maße beeinflusst.

Anfang 1969 verließ Günter Ehlers Gießen, um als Leitender Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München unter Prof. S. Borelli tätig zu werden. Hier erfolgte auch 1971 die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor.

1975 trat er die Nachfolge von Prof. Dr. H. Teller als Direktor der Dermatologischen Klinik im Krankenhaus Neukölln an. Das Lebenswerk seines Vorgängers fortsetzend, war Günter Ehlers stets bemüht, der Klinik neben bestehenden Funk-

tionen neue Aspekte zu eröffnen. Hierzu zählt die Förderung der operativen Dermatologie zusammen mit der Dermatopatho-Histologie.

An seinem 75. Geburtstag kann Ehlers auf ein wissenschaftliches Lebenswerk von rund 180 Publikationen zurückschauen. In den Jahren 1978 bis 1980 war er Vorsitzender der Berliner und der Nordwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft. Unter seiner Leitung wurde der 57. Kongress der Nordwestdeutschen Dermatologischen Gesellschaft 1979 in Berlin zu einem großen Ereignis.

Die Mitarbeiter der Hautklinik im Vivantes Klinikum Neukölln wünschen Prof. Ehlers für die nächsten Jahre weiterhin vor allem Gesundheit. Mögen ihm die Liebe zur Musik und schöngestalteten Literatur noch lange die dazu nötige Entspannung bieten.

OA Claus Wepler
Prof. Dr. med. Peter K. Kohl

Bilder eigener Welten

Im Berliner Medizinhistorischen Museum hängen derzeit Highlights aus der Sammlung eines Arztes an den Wänden. In der Mitte zieht eine höchst merkwürdige Porträtplastik die Blicke auf sich. Ein Gipskopf unter einer bunten Wollmütze, reich dekoriert mit Kronenkorken, Knöpfen, Münzen und Federn. Wahrhaftig eine Narrenkappe, gestrickt und getragen von einem professionellen Künstler, Blalla Wolfgang Hallmann, in der Zeit, als er mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose stationär behandelt wurde. Klappte der kranke Künstler die Krempe herunter, wurde die Kappe zur Maske mit Sehschlitzen.

Ganz unabhängig von der phantastischen Kopfbedeckung entstand der Kopf. Im Vergiftungswahn aß Hallmann kaum etwas und sah aus „wie das Leiden Christi“, fanden Künstlerfreunde. Sie machten von seiner Elendsvisage einen Abdruck, als Modell für Kruzifixe. Später bekam „Blalla“ (der seinen Studentenspitznamen beibehielt) seine Schizophrenie in den Griff, mit Hilfe seiner Ärzte, unter anderem denen der Klinik Havelhöhe, und auch durch Selbstbehandlung. Da setzte er die Kappe dem Gipskopf auf, und kurz vor seinem Tode dokumentierte er die eigene Krankheit in Bild und Wort („Am 15.3.1969 habe ich die Orient-Tierung verloren...“).

Hallmann ist einer von fünf „Grenzgängern zwischen Kunst und Psychiatrie“, die der Kölner Psychiater Hartmut Kraft für die gleichnamige Ausstellung aus seinen Beständen auswählte. Von den anderen kennt man in Berlin am besten Friedrich Schröder-Sonnenstern mit seinen surrealistischen Bildern wie „Der mondmoralische Eseltreiber“ samt Varianten. Auch Gustav Mesmers phantastische Luftfahräder, die an Panamarenko erinnern, sah man vielleicht schon ausgestellt. Die Hitler-Poträts von „Theo“ (Theodor Wagemann) wirken beson-

ders gespenstisch, wenn man erfährt, dass er dem Krankenmord nur knapp entgangen ist.

Während diese drei Laien waren und erst durch die psychische Krankheit zur künstlerischen Kreativität kamen, war der älteste der hier Ausgestellten, Karl Junker (1850 bis 1912), wie Hallmann ausgebildeter Künstler. Sein Lebenswerk ist ein selbstgebautes und mit Horrorvacui-Schnitzereien vollgestopftes Haus in Lemgo (heute Museum), eine schützende Grotte, in der er in seinem Wahn allein und zurückgezogen hauste.



Blalla W. Hallmann, Gipskopf mit Mütze, 1971/1975

Seit langem sammelt der Nervenarzt und Psychoanalytiker Hartmut Kraft alles, womit Menschen in krankheitsbedingten seelischen Belastungssituationen ihrem Leiden bildnerischen Ausdruck geben und es vielleicht dadurch bewältigen helfen. Und er publizierte zahlreiche Texte, die das komplizierte Thema Kunst und psychische Krankheit wissenschaftlich durchdringen. Gerade erschien die dritte, wesentlich erweiterte und neu bearbeitete Auflage seines Buches „Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie“ (Deutscher

Ärzteverlag Köln 2005, 366 Seiten mit 231 Abb., geb. 39,95 Euro), und das ist der Anlass für diese Ausstellung.

„Ich wollte nicht primär ein Kunstbuch machen, sondern dokumentieren, was in diesem Grenzbereich alles passiert“, sagt Kraft. Er zeigt also auch die hilflosen Kritzeleien schwer Gestörter und Zerstörer. Nicht jeder psychiatrische Patient, der spontan einen Stift in die Hand nimmt (etwa zwei Prozent), schafft aus den Fragmenten einer zerbrochenen Welt eine neue eigene, bewältigt also seine existenzielle Verunsicherung konstruktiv. Kunstwerke, wie man sie in dieser Ausstellung sehen kann, sind die große Ausnahme – oder werden nicht erkannt.

In vielen psychiatrischen Kliniken werden die Bilder der Patienten noch immer unbesehen und achtlos weggeworfen, hat Kraft beobachtet – 83 Jahre, nachdem das Buch „Bildnerei der Geisteskranken“ des Arztes und Kunsthistorikers Hans Primzhorn erschien und 40 Jahre nach „Schizophrenie und Kunst“ von dem österreichischen Psychiater Leo Navratil.

Es sind auch heute noch vor allem Künstler und nur einzelne engagierte Ärzte, die sich für diesen wichtigen Bereich der „Art brut“ (Jean Dubuffet 1949) interessieren. Und die Sammler: Ein Bild des schizophrenen Schweizer Adolfs Wölfl, eines modernen Klassikers, kostete kürzlich auf der Kunstmesse Art Cologne 65 000 Euro.

Rosemarie Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum, Schumannstraße 20/21, bis 2.4.06, Di bis So 10-17 Uhr, Mi bis 19 Uhr.

Bis zum 31.3.06 läuft auch eine Ausstellung des Berliner Künstlers Micha Brendel: „eine Schicht tiefer – Wunden und Wunder im Körper“, die teils erstaunlich ästhetisch wirkende Objekte aus vorwiegend organischen Materialien zeigt.

Helmut Coper wird 80 Jahre

Foto: Charité



Nur wenige Lebenswege sind von den geschichtlichen Umwälzungen Berlins der letzten 70 Jahre so geprägt worden und nur wenige Menschen ha-

ben ihrerseits versucht, in ihrem Lebensbereich die Lehren aus den geschichtlichen Erfahrungen in neue Entwicklungen so maßgeblich einzubringen, wie Professor Helmut Coper. Nach dem Krieg nahm er das Medizinstudium an der Berliner Universität auf, geriet aber bald in Konflikt mit dem zunehmenden ideologischen Druck, der auf die Studenten ausgeübt wurde. Als Konsequenz engagierte er sich im Gründungsausschuss der Freien Universität. Nach deren Gründung im Blockadewinter 1948 wurde er erster ASTA-Vorsitzender. Gerade durch

die Rolle der Studenten bei der Gründung war die Freie Universität eine Reformuniversität. Ihre Initiatoren fühlten sich den Worten Ernst Reuters verpflichtet, dass man die Wahrheit nur in der Freiheit erkennen könne und dass nur der, der sich der Erforschung der Wahrheit widmet, wirklich ein freier Mensch sein könne. Coper promovierte bei Hans Herken in Pharmakologie, bei dem er bald danach wissenschaftlicher Assistent wurde. In den 50er und 60er Jahren nahm die Psychopharmakotherapie einen enormen Aufschwung, der von Professor Selbach, dem damaligen Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie, aufgegriffen wurde und 1967 zur Gründung des ersten deutschen Lehrstuhls für Neuro-psychopharmakologie führte. Auf diesen wurde Coper berufen. Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeiten waren langfristige Veränderungen im Zentralnervensystem, die sich im Verlauf des Alterns und der Abhängigkeitsentwick-

lung ergeben. Sein klinisches Interesse galt dem Wirksamkeitsnachweis der „Geriatrika“.

Auch in diesen Jahren engagierte sich Coper für die Freie Universität. Er war von 1970 bis 1980 mit einer kurzen Unterbrechung Mitglied des Kuratoriums, von 1971 bis 1973 Vorsitzender des Fachbereichs Nervenklinische Medizin und später Dekan des Fachbereichs Universitätsklinikum Charlottenburg. Seine damaligen Stellungnahmen zur Situation der Universitätsmedizin sind auch heute noch aktuell. „Durch bürokratischen Formalismus und Regelungsfanatismus droht die Universitätsmedizin zu einem teuren Dienstleistungsbetrieb zu degenerieren, in dem Phantasie und Kreativität keine Chance mehr besitzen (...). Eigenverantwortliches Handeln muss wieder Regel werden“.

Helmut Coper wird am 30. Dezember 2005 80 Jahre alt. Seine Freunde und Weggefährten wünschen ihm noch viele erfüllte Jahre.

Prof. Dr. med. Hans Josef Rommelspacher

BERLINER ÄRZTE

12/2005 42. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dückert
Daniel Sagebiel

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-1600/-1601, FAX -1699
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Anne Gentzsch, Silke El Gendy
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten. Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 5 vom 01.01.2005.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784