

# BERLINER



# ÄRZTE

thebmj  
in Kooperation mit dem  
British Medical Journal

08 / 2014 51. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der  
Ärztekammer Berlin

щііě  
gëḧtş  
ũns  
deñи  
Héutè



Ausländische Ärzte  
in Deutschland

## Und wo ist der Haken?

Ich werde den Tag nie vergessen, als nach Einführung der Budgetierung im Jahr 1998 die ernüchternde Hochrechnung des Steuerberaters für meine damals noch junge Praxis in Prenzlauer Berg kam. Vorher hatte die Arbeit Spaß gemacht.

Damit war schlagartig Schluss. Ich hatte Kredite zu tilgen, ich musste mich und mein Kind durchbringen, also wurde die Arbeitsweise angepasst. Den anderen ging es nicht besser, in regelmäßigem Abstand hörte man von den Kollegen, dass wieder einer umgezogen war, weg aus Neukölln, weg aus Kreuzberg SO36. Einer gab entnervt seine Kassenzulassung zurück.

Nach der Budgetierung kam die Pauschalierung. Seitdem hat endgültig Pech, wer sich noch Zeit für die Patienten nimmt und sich dem System nicht einfach anpasst. Wir hatten schon kapituliert. Routinemäßig arbeitet man zum Quartalsende umsonst oder macht lieber gleich Urlaub. Resignation macht sich breit: Man kann ja sowieso nichts machen! Einfacher ist es, Auswege, Nischen und Schlupflöcher zu suchen, die Mischkalkulation macht es möglich.

Es kamen immer weitere Gesundheitsreformen. Allerdings ist es ein offenes Geheimnis, dass all diese Reformen immer nur kurzfristige Spareffekte erzielt haben und das ganze System dadurch immer absurder und komplexer wurde, so dass wir inzwischen einen Gordischen Knoten vor uns haben. Kluge Menschen haben behauptet, dass inzwischen niemand mehr dieses System vollständig versteht.



Foto: privat

**Dr. med. Svea Keller**  
(*Fachärztin für Augenheilkunde*)  
*ist Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin.*

Unerwartet kam die Stimme der Vernunft ausgerechnet von einer Krankenkasse! Ende Juni hat die Techniker Krankenkasse (TK) überraschend die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung empfohlen, gestützt von einem Gutachten des Berliner IGES-Institutes.

Der erwartete Anstieg der Ausgaben hält sich mit 5,9 Prozent in Maßen, das gelingt durch die Aufspaltung der Kosten in einen gedeckelten fixen und einen unbudgetierten variablen Teil. Man geht auch davon aus, dass sich die ärztliche Arbeitszeit kaum noch steigern lässt. Dazu trägt auch die neue Generation junger Ärzte bei, die nicht mehr unbegrenzt zur Selbstaussbeutung bereit ist.

Das derzeitige Abrechnungssystem sei zu komplex und intransparent, von der Einzelleistungsvergütung erhoffe man sich eine höhere Zufriedenheit aller Beteiligten, beides leuchtet ein – aber dennoch kann ich nicht umhin, mich zu fragen, welche Vorteile sich die TK von dieser Reform verspricht.

Auf jeden Fall würden die ärztlichen Leistungen durch die Einzelleistungsvergütung für die Kassen transparenter werden, die Kassen bekämen mehr Daten in die Hand. So ist beispielsweise angedacht, dass sie die Plausibilitätskontrollen von den KVen übernehmen könnten – da sind Konflikte vorprogrammiert. Trotzdem hat das gesamte System Transpa-

renz und Klarheit bitter nötig, Transparenz würde hier für alle Beteiligten entstehen, nicht nur für die Kassen.

Die zweite Kröte, die man mit diesem Einzelleistungsvergütungsmodell vielleicht schlucken müsste, ist, dass hier möglicherweise auch auf eine Zusammenführung von GKV und PKV im Sinne einer Bürgerversicherung spekuliert wird. Ich denke, an dieser Stelle wird man sehr wachsam sein müssen. Ich persönlich halte die Konkurrenz beider Systeme für äußerst wichtig. Für andere mag diese Kröte eher wohlschmeckend sein, aber darüber sollten wir vielleicht erst streiten, wenn sie auf den Teller springt.

Auf jeden Fall würde das System die Attraktivität der GKV gegenüber der PKV deutlich erhöhen. Wie sich die Attraktivität der PKV nach der anstehenden GOÄ-Reform entwickelt, steht auf einem anderen Blatt.

Regionale Umverteilungen wären möglich, auch an dieser Stelle müssen wir wachsam sein. Es könnte sein, dass an vorher attraktiven Standorten die GKV-Einnahmen sinken würden, im Gegenzug könnte sich in Bezirken, die zunehmend schlecht versorgt sind, das Arbeiten wieder lohnen.

Trotz aller Bedenken meine ich, dass es hier die Chance gibt, ein überkomplexes und völlig intransparentes System durch ein klares, durchschaubares System zu ersetzen, in dem die ärztliche Arbeit gerechter bezahlt wird. So würde niemand mehr dafür bestraft werden, wenn er schwerer kranke und aufwendigere Patienten ambulant gut versorgt.

Aber was meinen Sie?

Herzlichst Ihre

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Propranolol überdosiert

### Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 22 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden im Netzwerk CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen.

Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in „Berliner Ärzte“ veröffentlicht.

Bei einem Kleinkind – behandelt in einer pädiatrischen Abteilung – wird Propranolol, ein älterer Betarezeptorenblocker, verabreicht. Allerdings ist aufgrund eines Fehlers bei der Berechnung der korrekten Dosis diese viel zu hoch!

Sicherheitshalber wurde die Giftnotrufzentrale angerufen und um Rat gebeten und das Kind mit Blutdruck- und Blutzuckerkontrollen engmaschig überwacht. Sein Allgemeinzustand und die Vitalzeichen waren immer stabil. Dieses Ereignis wurde als erstmalig aufgetreten eingeschätzt und von einer/m Pflegenden berichtet.

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

Propranolol wird bei Kindern selten eingesetzt, hier hauptsächlich, wenn bei diesen Hämangiome vorliegen (zur Größenreduktion) und bei bestimmten rezidivierenden supraventrikulären Tachykardien. Je kleiner und damit leichtgewichtiger die Kinder, desto schwerwiegender können sich Fehler in der Dosisberechnung auswirken. Auch in anderen Bereichen der Patientenversorgung müssen Dosierungen errechnet werden – manche Sicherheitsexperten folgen dem Motto: Man soll Ärzte und Pflegende

sicherheitshalber nicht rechnen lassen! Hier sind also Hilfsmittel für die Berechnung notwendig, um die Sicherheit der Arzneimitteltherapie weiter erhöhen zu können.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Damit die Dosierung geprüft werden kann, sollte bei der Anordnung die Tagesdosierung wie auch die gewichtsbezogene Dosierung/Tag aufgeschrieben werden. D. h. die Anordnung für Propranolol würde entsprechend der Dosierungstabelle p.o. mit 2-4mg/kgKG/d in 3-4 Einzeldosen, bei einem 10kg schweren Kind z.B. lauten: Propranolol 3 x 7 mg p.o (=2mg/kgKG/d). Eine zusätzliche und unabhängige Kontrolle der Arzneimittelanordnungen (Vier-Augen-Prinzip; z. B. durch den nachfolgenden Dienst) kann somit helfen, Berechnungsfehler zu entdecken. Aus einem Krankenhaus des Netzwerks wird berichtet, dass dadurch regelmäßig Fehler korrigiert werden können.
- Noch sicherer ist es, die Berechnung durch eine Computersoftware durch-



führen zu lassen<sup>1</sup>; manche Kliniken behelfen sich hier mit selbst erstellten Softwarelösungen (z. B. Tabellenkalkulationsprogrammen, in die nur ein Körpergewicht eingegeben werden muss, um eine Dosis zu berechnen). Allerdings können spezifische elektronische Verordnungssysteme mit integriertem Arzneimittelinformationssystem auch Kontraindikationen und Wechselwirkungsrisiken aufzeigen, wenn sie in die Patientendokumentation integriert sind.

- Bei den Dauerinfusionen, die über Perfusoren appliziert werden, kann eine entsprechende Datenbank hinterlegt werden, mit der die eingegebene Dosis kontrolliert wird. Bei Überschreiten einer eingegebenen Höchstdosis gibt es eine elektronische Rückfrage und zudem eine Sperrfunktion. Damit werden Kommaeingabefehler, also z. B. 100,0 ml/h statt richtig 10,0 ml/h, sehr unwahrscheinlich.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 107151 unter [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de) nachlesen.

Kontakt: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH  
[b.hoffmann@aekb.de](mailto:b.hoffmann@aekb.de)  
 Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung  
 Ärztekammer Berlin

<sup>1</sup> Hierzu hat das Dt. Institut für Med. Dokumentation und Information (DIMDI) bereits in 2009 einen Bericht veröffentlicht ([http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta228\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta228_bericht_de.pdf)).



TITELTHEMA

## Der lange Weg für ausländische Ärzte in Deutschland

Wenn ausländische Ärzte nach Deutschland kommen und hier arbeiten wollen, sehen sie sich mit vielen Regelungen konfrontiert, die ihnen fremd sind. Wie sie ihren Weg hier finden können, zeigt dieses Titelthema.

Von Angela Mißlbeck .....14

EDITORIAL.....

**Und wo ist der Haken?**

Von Svea Keller .....3

**BERLINER ÄRZTE aktuell.....6**

**BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....**

**Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise?**

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....20

**„Ausbildung für Ausbilder“**

Bericht über die MFA-Veranstaltung der ÄKB im Langenbeck-Virchow-Haus  
Von Michaela Peeters und Christoph Röhrig .....23

**In die Kammer – nicht ins stille Kämmerchen**

Bericht von einer Veranstaltung des Marburger Bundes zur ärztlichen Selbstverwaltung  
Von Adelheid Müller-Lissner.....26

**Zwischen Qualität und Ökonomie**

Bericht von einer Podiumsdiskussion zur Situation an deutschen Krankenhäusern auf dem Hauptstadtkongress 2014  
Von Sascha Rudat .....28

**Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung – Was bietet der Modellstudiengang an der Charité?**

Von Christoph Heintze und Sabine Beck .....29

**Behandlungsfehlerstatistik: Zur Skandalisierung bedingt geeignet.....34**

FORTBILDUNG.....

**Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin .....24**

**CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....4**

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen Mai/Juni 2014.....32**

FEUILLETON.....

**„Gestatten Sie, dass ich liegen bleibe“**

Ungewöhnliche Grabsteine – eine Reise über die Friedhöfe von heute.....35

**Ein Haus für „Außenseiterkunst“**

Von Rosemarie Stein .....37



## „Die Selbstverwaltung ist der richtige Ort, um Probleme zu benennen

Der neue Landesgruppenvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Mathias Coordt, zu den Zielen seiner zukünftigen Arbeit.

**BÄ:** Herr Coordt, Sie treten in die Fußstapfen von Harald Mau, der 25 Jahre die Landesgruppe Berlin-Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes entscheidend geprägt hat. Welche neuen Akzente möchten Sie als sein Nachfolger setzen?

**COORDT:** Prof. Mau hat sich immer dafür eingesetzt, dass der Patient im Mittelpunkt unserer Arbeit steht. Dies bleibt auch so. Als NAV-Virchow-Bund in Berlin und Brandenburg geht es uns um die Behandlung des kranken Menschen, nicht darum, der verlängerte ambulante Arm der Kassen zu sein. Es geht um die gezielte Versorgung unserer Patienten in ihrem jeweiligen Umfeld, egal ob Stadt oder Land. Es sind in allererster Linie wir Ärzte und – ganz bewusst hier genannt – auch die Psychotherapeuten, die Verantwortung für kranke Menschen haben. Wir sollen und können stolz auf unseren Beruf sein, auf unsere Arbeit, auch auf unser Engagement in der Selbstverwaltung. Denn die Selbstverwaltung ist der richtige Ort, um Probleme zu benennen und Vorschläge zu entwickeln.

**BÄ:** Der NAV-Virchow-Bund versteht sich als Berufsverband aller niedergelassenen Ärzte. Doch immer wieder brechen Konflikte zwischen verschiedenen Fachgruppen auf. Wie wichtig sind diese Auseinandersetzungen und wie kann trotzdem eine Einheit der niedergelassenen Ärzteschaft hergestellt werden?

**COORDT:** Unterschiedliche Interessen, vor allem zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen Ärzten und Psychotherapeuten und innerhalb dieser Gruppen manifestieren sich häufig an Verteilungsfragen. Sie

sind damit Ausdruck eines Systems, das diese Konflikte hervorruft, um im Sinne eines „teile und herrsche“ zu agieren. Insbesondere sehen wir die anhaltende Honorardeckelung als Hauptgrund der innerärztlichen Auseinandersetzung, sie ist verantwortlich für die Intransparenz der Honorarabrechnung und beschädigt damit auch die Akzeptanz der Selbstverwaltung.

Wer jemals einen Honorarverteilungsmaßstab gelesen und auch verstanden hat, weiß, was ich meine. Wenn wir ein Ende der Budgetierung fordern, geht es dabei nicht in erster Linie um mehr Geld. Sondern es geht um Transparenz, Leistungsanreize, Vergütungsgerechtigkeit. Das Problem einer ungerechtfertigten Mengenausweitung kann durch eine entsprechende Gebührenordnung gelöst werden. Eine Budgetierung ist dazu nicht mehr erforderlich, wie uns das TK-Modell gezeigt hat.

**BÄ:** In jüngster Zeit ist insbesondere die Diskussion um eine Trennung von Haus- und Fachärzten in den KVen heftig geführt worden. Welche Rolle kann der NAV-Virchow-Bund in diesem grundlegenden Konflikt spielen oder sollte er sich dabei eher zurückhalten?

**COORDT:** Der NAV-Virchow-Bund sieht sich nicht als Konkurrenz der Fachverbände, sondern er will das Gemeinsame betonen und die innerärztlichen Konflikte beseitigen. Wir halten die Trennung der KVen paritätisch nach Haus- und Fachärzten für nicht umsetzbar. Das Problem der Dominanz einzelner Gruppen über andere besteht, gerade in Berlin ist das gut zu beobachten. Aber auch hier geht es letztlich um Verteilungsfragen, auch diese müssen gelöst werden.

**BÄ:** Stichwort KVen. Welchen Einfluss will der NAV-Virchow-Bund im KV-System in Zukunft geltend machen?

## und Vorschläge zu entwickeln“

COORDT: Wir unterstützen das System der Selbstverwaltung. Dass freiberufliche Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam die ambulante medizinische Betreuung in diesem Land organisieren, ist eine großartige Leistung.

Es ist bewundernswert, wie viele Kolleginnen und Kollegen sich in Kammern, KVen, Kommissionen, Zirkeln usw. engagieren. Allerdings hat die Selbstverwaltung ein zunehmendes Akzeptanzproblem. Sie wird als ein selbstreferenzielles System gesehen, das eine Unmenge Bürokratie befördert und überwiegend mit Verteilungskämpfen beschäftigt ist. Auf Dauer wird das nicht tragbar sein. Selbstverwaltung kann nur gelingen, wenn sie auf eine breite Akzeptanz der Beteiligten trifft.

Daher müssen die Strukturen und Handlungsabläufe wesentlich transparenter werden. Mit-

gliederbeteiligungen müssen ermöglicht werden. Die bestehende Überregulierung, die wir uns selbst auferlegen, muss zurückgefahren werden. Und die bedingungslose Durchsetzung von Partikularinteressen muss ein Ende haben. Die Selbstverwaltung muss alle Kolleginnen und Kollegen vor Ort vertreten und dafür steht der NAV-Virchow-Bund.

**BÄ: Welche Rolle spielt aus ihrer Sicht der klassische niedergelassene Arzt künftig im NAV-Virchow-Bund und wie wollen Sie die Interessen einer zunehmenden Zahl von angestellten, ambulant tätigen Ärzten vertreten? Wird die Freiberuflichkeit des Arztes künftig noch den Stellenwert haben, den sie in der Vergangenheit hatte?**

COORDT: Freiberuflich tätig ist auch der angestellte Arzt, der seine Entscheidungen mit und an seinen Patienten orientiert



Foto: NAV-Virchow-Bund

Mathias Coordt

und nicht an den Vorgaben seines Arbeitgebers. Für den Arzt müssen unsere Patienten im Mittelpunkt stehen. Welche Erwartungen haben sie? Ist wirklich die „rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit“ entscheidend oder geht es eher um Vertrauen, persönliche Beziehungen? Ob dieser freiberuflich tätige Arzt in Zukunft seine Stellung im Gesundheitswesen behalten

wird, weiß ich nicht. Die Alternative wäre eine staatlich-dirigistische Medizin oder eine, die von großen Gesundheitskonzernen gesteuert wird. Die Gesellschaft muss entscheiden, ob sie das will. Ich möchte es nicht.

**BÄ: Herr Coordt, wir bedanken uns für das Gespräch.**

Das Interview führte Sascha Rudat

— ANZEIGE

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### DRK Kliniken Berlin | Köpenick

Seit dem 1. Juli 2014 leitet Chefarzt Dr. med. Steffen Richter die Zentrale Notaufnahme (ZNA) der DRK Kliniken Berlin | Köpenick. Als Facharzt für Innere Medizin war Richter von 1995 bis 2007 im Klinikum Berlin-Buch mit Rufdienstfunktion in der Rettungsstelle und auf der Intensivstation tätig und seit der Neueröffnung im Jahr 2007 war er Oberarzt des interdisziplinären Notfallzentrums mit Rettungsstelle am Helios Klinikum Berlin-Buch. Chefarzt Dr. Richter übernimmt die Leitung der ZNA in Köpenick von Chefarzt Dr. med. Daniel Schachinger, der weiterhin die beiden anderen Zentralen Notaufnahmen der DRK Kliniken Berlin an ihren Standorten Westend und Mitte leiten wird.

### Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Nach einer mehrmonatigen Einarbeitungszeit ist Sebastian Dienst seit dem 1. Juli 2014 neuer Pflegedirektor im Vivantes Klinikum Neukölln. Zuvor war er als Pflegedirektor im Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam tätig und dort auch zugleich als Geschäftsführer für Service, Catering und Senioreneinrichtungen zuständig. Er engagiert sich zudem als Lehrbeauftragter an der Fakultät Wirtschaft und Soziales der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Sebastian Dienst folgt auf Helga Grunzke-Niemetz, die nach 16 Dienstjahren im Klinikum Neukölln in den Ruhestand geht.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.  
Tel. 030/40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

### ANZEIGEN

#### Kurs

### Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** Sonnabend, 6. Dezember 2014, 9.00 - 17.30 Uhr  
**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der

Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)  
**Kursgebühr:** 100 € (inkl. Verpflegung), 8 Fortbildungspunkte  
**Veranstaltungsort:** Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin  
**Anmeldung:** Ärztekammer Berlin (Tel.: 030/40 80 6-1215  
Fax: 030/40 80 6-551399  
E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Offener Brief

## Kritik an medizinischer Versorgung von Flüchtlingen

Die medizinische Versorgung der Flüchtlinge, die sich in einem Camp am Oranienplatz aufgehalten hatten, ist aus Sicht einer Gruppe von sieben Berliner Ärztinnen und Ärzten unzureichend. In einem Offenen Brief an den Regierenden Bürgermeister Klaus Wowereit (SPD) und an Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) bemängeln sie, dass die Flüchtlinge, die jetzt an verschiedenen Standorten untergebracht sind, von den Berliner Behörden bisher keine Krankenscheine erhielten. Dadurch hätten viele Flüchtlinge keinerlei Krankenversicherungsschutz. Zwar seien die Krankenhäuser

zur Notfallhilfe verpflichtet, eine möglicherweise notwendige Anschlussbehandlung und eine ausreichende Versorgung mit Medikamenten sei ohne Kostenübernahme aber nicht möglich. „Im Ergebnis werden Krankheiten nicht oder nicht ausreichend behandelt“, heißt es in dem Brief weiter. Nach Ansicht der unterzeichnenden Ärzte, zu denen auch Peter Hauber (IPPNW) gehört, sind die Flüchtlinge nach §1 des Asylbewerberleistungsgesetzes leistungsberechtigt. Die Sozialämter seien demnach für die Erteilung von Krankenscheinen zuständig. Gleichzeitig weisen die Ärzte auf die mangel-



hafte Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen der Flüchtlingen, die größtenteils aus Bürgerkriegsregionen stammten, hin. Gesundheitssenator Czaja kündigte auf Anfrage von BERLINER ÄRZTE an, dass eine Antwort auf den Brief in Vorbereitung sei. „Das Anliegen des Senats ist es, durch die statusrechtliche Vor-

prüfung schnell zu klären, welche Leistungsansprüche bei den Personen bestehen und welche Leistungsträger in Frage kommen“, erklärte er. Jedem Flüchtling stehe dessen ungeachtet der Weg zu einem regulären Asylverfahren jederzeit offen. Mit besagtem Asylverfahren sei auch die Übernahme der Krankenkosten verbunden.

srd

ANZEIGE



*Antidepressiva***Suizidrisiko**

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat eine Stellungnahme zum Suizidrisiko unter der Therapie mit Antidepressiva veröffentlicht. Sie bezieht sich auf mindestens sechs Metaanalysen zu dieser Thematik und kommt zum Schluss, dass Antidepressiva, vor allem auch die neueren vom Typ der SSRI, die Häufigkeit von Suiziden und Suizidversuchen nicht senken können. Nur von einem einzigen Psychopharmakon sei eine solche Wirkung bewiesen: von Lithiumsalzen. Die gegenteilige Behauptung der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) sei falsch. Die Annahme, die verringerte jährliche Anzahl der Suizidtoten in Deutschland seit den 1980ern sei wesentlich auf die Einführung der neuen

Antidepressiva vom Typ der SSRI zurückzuführen, sei nicht plausibel und durch epidemiologische Daten auch nicht begründbar.

Quelle: AVP 2014

*Arzneimittelrisiken***Unerwünschte Wirkungen**

Die Bewertung von Arzneimittelrisiken gehört zu den schwierigsten Aufgaben

einer Arzneimittelüberwachungsbehörde. Vor allem die Einschätzung, ob ein Nutzen für einige Menschen oder Menschengruppen das mögliche Risiko für andere Gruppen überwiegt, ist insbesondere bei neu zugelassenen Arzneimitteln mit einem hohen Unsicherheitsfaktor verbunden. Aber auch bei alten, „bewährten“ Arzneistoffen können neu entdeckte Risiken oder die wachsende Anzahl bekannter Risiken zu einer Neueinschätzung führen, einige Beispiele:

Jahr	Arzneistoff	Indikation	Risiken
2010	Sibutramin	Adipositas	kardiovaskuläre Komplikationen
2011	Bufexamac	Dermatitis	Allergien
2011	Buflomedil	pAVK	neurologische, kardiale Komplikationen
2014	Metoclopramid	Übelkeit, Erbrechen	kardiovaskuläre, neurologische UAW

ANZEIGE

Im Gegensatz zu angelsächsischen Ländern, in denen eine utilitaristische Ethik mit dem Ziel eines maximalen Nutzens für die gesamte Gesellschaft vertreten wird, wird bei uns überwiegend eine Debatte über Risiken im Sinne der Kant'schen Ethik geführt: Den Rechten des Individuums kommt eine hohe Bedeutung zu.

Welche Ethik man auch vertritt, Arzneimittelrisiken müssen offengelegt und das aktuell bekannte Nutzen/Risikoverhältnis benannt werden (siehe Oseltamivir-Diskussion zum Nutzen der Neuraminidasehemmer zur Grippeprophylaxe).

Generell kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, auf unerwünschte Wirkungen zu achten und diese an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu berichten (auch Verdachtsfälle).

Quelle: Pharm.Ztg.2014;159:28Apokammer Niedersachsen 2013; 4:24-5

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:**

**Dr. Günter Hopf,  
Ärztchammer Nordrheiu,  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf,  
Telefon: 0211 4302-2272**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 7/2014

## Kompaktes Wissen über den Gemeinsamen Bundesausschuss

Oftmals kennen Ärzte den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zwar dem Namen nach, aber was seine konkreten Aufgaben und Ziele sind, wissen viele, vor allem junge Ärzte, nicht genau. Deshalb haben die Mitarbeiter des Ausschusses eine Broschüre konzipiert, die sich speziell an Ärzte, aber auch an Patienten und interessierte Bürger wendet, die sich über das deutsche Gesundheitssystem und dessen zentrale Akteure informieren wollen. Anhand von exemplarischen Patientengeschichten werden in der Bro-

schüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ vor- und die jeweiligen Aufgaben des G-BAs im Kontext dargestellt.

So entscheidet der G-BA unter anderem über das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, trifft Regelungen zur Bedarfsplanung und übernimmt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung von Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementaufgaben. Getragen wird das Gremium von der Kassenärztliche Bundesvereinigung, der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen. Zudem nehmen an allen Beratungen auch Patientenvertreter teil.

Interessierte können sich die Broschüre „Entscheidungen zum Nutzen von Patienten und Versicherten“ im Internet unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) (Kapitel Institution/Service/Publicationen) downloaden oder per E-Mail an [info@g-ba.de](mailto:info@g-ba.de) als Druckversion bestellen.



Broschüre des G-BAs

### Personalien

## Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin wird verstärkt

Seit dem 1. Juli 2014 verstärkt Dr. med. Kristin Drechsler die Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin. Die promovierte Medizinerin und Diplom-Kauffrau bringt langjährige Erfahrungen im Krankenhausmanagement und im Gesundheitswesen mit. Zuletzt leitete Dr. Drechsler das

Klinikum Harlaching, ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 750 Betten der Städtischen Kliniken München GmbH.

„Ich freue mich über die Chance, meine Erfahrungen und Qualifikation zum Nutzen der DRK Kliniken Berlin einbringen zu können. Dabei ist mir eine ausgewogene

Balance zwischen wirtschaftlichem Ergebnis, medizinischer Qualität, Wertschätzung und Fürsorge wichtig“, so Dr. Drechsler zu ihrer neuen leitenden Funktion. Die Geschäftsführung der Kliniken übernimmt sie gemeinsam mit deren Sprecher Ralf Stähler.



Dr. Kristin Drechsler

Urteil

## Telemediengesetz versus Persönlichkeitsrechte

Der Bundesgerichtshof hat entschieden: Arztbewertungsportale müssen die Identität ihrer Nutzer nicht preisgeben.

Damit gaben die Richter dem Internetdienst Sanego Recht, der die Identität eines anonymen Nutzers nicht preisgeben wollte. Dieser hatte falsche Aussagen über einen Arzt veröffentlicht, der sich in seinen Persönlichkeitsrechten verletzt sah und die Herausgabe der Nutzer-Daten gefordert hatte.

Sowohl das Landgericht Stuttgart als auch das Oberlandesgericht gaben mit Verweis auf den Auskunftsanspruch dem Mediziner Recht. Dagegen legte das Bewertungsportal Revision ein und der Bundesgerichtshof hob das Urteil nun auf. Nach Vorschrift des Telemediengesetzes dürfe die Anonymität der Nutzer nur in wenigen Ausnahmen – der Schutz der Persönlichkeitsrechte des Arztes gehöre in diesem konkreten Fall nicht dazu – aufgehoben werden.

So ändert sich durch das Urteil für die Nutzer von Bewertungsportalen zunächst nichts. Trotzdem kann bei deutlichen Verletzungen der Persönlichkeitsrechte, wie sie beispielsweise bei groben Beleidigungen vorliegen, eine Strafanzeige erfolgreich sein. „Die Meinungsfreiheit ist nach Artikel 5 Grundgesetz ein außerordentlich hohes Rechtsgut“, so Dr. Peter Müller, CEO der Stiftung Gesundheit. „Es rechtfertigt aber keineswegs Bosheit, Schmähungen und Beleidigun-

gen.“ Dementsprechend gibt es Regeln, die auch die Portale einhalten müssen. So genannte Freitext-Kommentare sind beispielsweise nur mit redaktioneller Kontrolle erlaubt und ehrverletzende Beiträge müssen die Betreiber der Portale auf Wunsch der betroffenen Ärzte löschen. Zudem verlangt die Aufsichtsbehörde für Datenschutz und Wirtschaft, dass Ärzte über jede sie betreffende Bewertung informiert werden.

Medizinische Fachangestellte

## Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte

### ZWISCHENPRÜFUNG

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am **14. Oktober 2014** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der **12. September 2014**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

### ABSCHLUSSPRÜFUNGEN

Die Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte im Winter 2014 / 2015 finden an folgenden Tagen statt:

**Schriftlicher Teil der Prüfung:** 02. und 03. Dezember 2014, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

### Praktischer Teil der Prüfung:

12. bis 31. Januar 2015, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **12. September 2014** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden:

Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltag während der Ausbildungszeit, Bescheinigung des auszubildenden Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise.

Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

### VORGEZOGENE ABSCHLUSSPRÜFUNGEN

**Schriftlicher Teil der Prüfung:** 02. und 03. Dezember 2014, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

**Praktischer Teil der Prüfung:** 12. bis 31. Januar 2015, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Auszubildenden, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Bescheinigung der berufsbil-

den Schule über die Fehltag während der Ausbildungszeit, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum **12. September 2014** eingereicht werden.

### Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

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

Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

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

Kammerwahl 2014

## Wahlvorschläge (Listen): Abgabefrist beachten!

Der Wahlausschuss hat im Heft 6/2014 sowie im Amtsblatt für Berlin vom 6. Juni 2014 zur Einreichung von Wahlvorschlägen aufgefordert.

Die Wahlvorschläge müssen bis zum

**15. August 2014, 18:00 Uhr**

bei der Ärztekammer Berlin – Wahlausschuss –  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingegangen sein.

Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist beim Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen der Wahlordnung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden (§ 17 Abs. 1 u. 2 WahlO).

Es ist daher empfehlenswert, die Wahlvorschläge bereits vor dem 15.08.2014 bei dem Wahlausschuss einzureichen.

Die Vordrucke erhalten Sie auf Anfrage bei der

Ärztekammer Berlin – Wahlbüro  
(Wahlkoordinatorin) –  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

elektronisch per E-Mail (Kammerwahl2014@aekb.de) oder schriftlich auf dem Postwege.



Patienteninformation

## Kostenfreies Informationsblatt zum Thema Tuberkulose

In der Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) ist nun das Informationsblatt „Tuberkulose – auch hierzulande ein aktuelles Thema“ erschienen, das kompakt aufbereitet einen Überblick zu Risikogruppen, Krankheitszeichen, Meldepflicht und Behandlungsmöglichkeiten gibt. Tuberkulose (TB oder TBC) ist ansteckend und zählt nach wie vor zu den häufigsten Infektions-

krankheiten. So erkranken nach Schätzungen weltweit jährlich rund neun Millionen Menschen und auch in Deutschland sind trotz guter Versorgung und Hygiene immer noch rund 4.000 Menschen pro Jahr betroffen. Hervorgerufen wird TB von Bakterien, die überwiegend die Lunge befallen. Etwa bei jedem Zehnten bricht die Krankheit aus und muss behandelt werden. Betroffen sind vor allem Menschen, die mit Patienten mit

einer ansteckenden Lungentuberkulose Kontakt haben oder Menschen, deren Abwehrkräfte geschwächt sind. Diagnostiziert ein Arzt eine behandlungsbedürftige TB, ist er gesetzlich verpflichtet, die Krankheit dem Gesundheitsamt zu melden.

Ärzte können interessierte Patienten darauf hinweisen, dass sie die Kurzinformation „Tuberkulose – auch hierzulande ein aktuelles Thema“ im Internet unter:

[www.patienten-information.de/kurzinformation-fuer-patienten/tuberkulose](http://www.patienten-information.de/kurzinformation-fuer-patienten/tuberkulose) abrufen können. Die Reihe „Kurzinformationen für Patienten“ wird im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom ÄZQ in der Medizin entwickelt.

Ausgewählte Themen liegen zusätzlich zur deutschen Version auch in verschiedenen weiteren Sprachen vor.

Umfrage

## Hohe Zufriedenheit mit einigen Abstrichen

„Meine Arbeit macht mir Spaß“ – das sagen laut Ärztemonitor 2014 insgesamt 93 Prozent der niedergelassenen Hausärzte, 95 Prozent der Fachärzte und 99 Prozent der Psychotherapeuten. Für den Ärztemonitor 2014 hat das Meinungsforschungsinstitut infas im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des NAV-Virchowbundes von Februar bis Mai 2014 rund 10.000 niedergelassene Mediziner per Telefon befragt. „Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen identifizieren sich in hohem Maße mit ihrer Arbeit“ so Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsit-

zender der KBV. Das ließe sich auch an folgenden Zahlen erkennen: Acht von zehn Ärzten und Psychotherapeuten antworteten, dass sie ihren Beruf wieder ergreifen würden und fast 100 Prozent empfinden ihre Arbeit als nützlich. Neben der positiven Resonanz gab es auch weniger zufriedene Reaktionen. So würden, laut Dr. Dirk Heinrich, dem Bundesvorsitzenden des NAV-Virchow-Bundes, rund 39 Prozent der Praxisärzte mit ihrer wirtschaftlichen Situation hadern und 46 Prozent beklagten eine fehlende finanzielle Planungssicherheit. „Obwohl

niedergelassene Ärzte das Rückgrat der ambulanten Versorgung sind, fühlen sie sich aber im Stich gelassen. Bei einer persönlichen Arbeitsbelastung von durchschnittlich 54 Arbeitsstunden bei täglich 45 behandelten Patienten fehlt 66 Prozent der Befragten ausreichend Zeit für den Patienten“, so Dr. Heinrich. Zusammen mit der stetig anwachsenden Bürokratie und dem wirtschaftlichen Druck führe das unter anderem dazu, dass 67 Prozent der Praxisärzte sich wünschten, ihre Arbeitszeit zu reduzieren. Zudem plane jeder vierte

Haus- und Facharzt in den kommenden fünf Jahren seine Praxis abzugeben, wobei viele keinen Nachfolger finden. So sagten 75 Prozent der Befragten, dass die Praxis ihre Funktion als Altersvorsorge verloren habe. „Das ist ein Skandal“, findet Dr. Gassen. „Es darf nicht sein, dass eine freie Berufsgruppe, die erst in eine sehr lange Ausbildung, dann in den Aufbau und Unterhalt einer Praxis investiert, die Arbeitsplätze sichert und die eine extrem wichtige Rolle in der Gesellschaft spielt, am Ende ihres Arbeitslebens nicht abgesichert ist.“



## DER LANGE WEG FÜR AUSLÄNDISCHE ÄRZTE IN DEUTSCHLAND

Der Ärztemangel in Deutschland wächst. Der Nachwuchs aus den deutschen Medizinfakultäten allein kann ihn nicht bremsen. Deshalb ist das deutsche Gesundheitssystem vermehrt auf Ärzte aus dem Ausland angewiesen. Doch diese sind mit zahlreichen Hürden konfrontiert. Wie kann der Balanceakt zwischen fachlichen und sprachlichen Anforderungen im Sinne von Patientensicherheit einerseits und Willkommenskultur andererseits gelingen?

Von Angela Mißbeck

Chiara Ceccucci macht innerlich einen Luftsprung. Die italienische Ärztin hat die letzte Hürde genommen. Nach acht Jahren in Deutschland hält sie ihre deutsche Facharzturkunde in der Hand. Jetzt ist Chiara Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie. Nun fehlt noch die Anmeldung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Dann kann die Geriaterin endlich die in Aussicht gestellte Facharzt-Tätigkeit bei der Diakonie im Rahmen des Berliner Projekts antreten, und muss die Pflegebedürftigen im Lazarus-Haus nicht länger als Hilfsärztin betreuen.

„Warum muss in Deutschland immer alles so kompliziert sein?“, fragt Chiara Ceccucci noch nach acht Jahren. Die Italienerin kam als Erasmus-Studentin in den 90er Jahren erstmals nach Berlin und hat sich in die Stadt und in einen deutschen Medizinstudenten verliebt. Zusammen gingen die beiden nach Italien. Ceccucci machte ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Geriatrie und Gerontologie im heimischen Perugia. Zwei Kinder kamen bei kurzen Aufenthalten in Berlin zur Welt. Als sie mit dem dritten Kind schwanger war, entschied die Familie, ganz nach Berlin umzuziehen.

### »Alles ist so kompliziert.«

„Für uns als deutsch-italienische Familie war es einfach, uns in Berlin zu integrieren“, sagt Ceccucci. Doch der Weg bis zur deutschen Facharzturkunde war lang. „Ob ich all das ohne meinen deutschen Mann geschafft hätte, weiß ich nicht“, sagt die Internistin. Da waren zuerst einmal die sprachlichen Hürden. Chiara Ceccucci konnte Deutsch auf Niveau B2 nachweisen. Die Approbation wurde ihr problemlos anerkannt. Dennoch hatte sie im Arbeitsalltag Probleme, zum Beispiel damit, dass Medikamentenwirkstoffe in Deutschland andere Namen tragen als in Italien.

Hinzu kam das fremde Gesundheitssystem. Verwundert haben sie die vielen verschiedenen Krankenkassen. Ungeohnt war die straffe Arbeitsorganisation. „Der Einstieg als Ärztin war hart“, sagt Chiara heute. Er bestätigte ihre ersten Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitswesen, die sie als Schwangere und Gebärende gemacht hatte: „Mir fehlte die Menschlichkeit, aber alles war sehr gut organisiert.“

2008 fragte Chiara Ceccucci erstmals bei der Ärztekammer Berlin nach der Anerkennung ihres italienischen Facharzt-diploms. Weil es aber in der Berliner Weiterbildungsordnung keinen vergleichbaren Facharzt für Geriatrie/ Gerontologie gab, ging vorerst nichts. Die italienische Fachärztin arbeitete in Deutschland als Assistenzärztin weiter. 2011 hat Berlin den Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingeführt. Der legt jedoch mehr Gewicht auf Innere Medizin und weniger auf Gerontopsychiatrie als der italienische Geriater. Chiara wagte einen neuen Versuch.

Jetzt begann der Papierkrieg: Gefordert werden neben dem Facharzt-diplom aus-gesagekräftige, qualifizierte Weiterbil-



Chiara Ceccucci: „Der Einstieg als Ärztin war hart.“

dungsnachweise mit Angaben über die Weiterbildungsstätte, das Patientengut und Leistungsspektrum – im Original und auf Deutsch übersetzt. In Italien ist als Zeugnis jedoch nur ein Dreizeiler üblich. Also ließ Chiara sich für alle Tätigkeiten in Italien die geforderten Bescheinigungen ausstellen und übersetzen. Jedes Zeugnis dauerte ein paar Monate.

„Nebenbei“ half Chiara Ceccucci halbtags als Assistenzärztin im Pflegeheim und versorgte die drei Kinder. Die Zeit verging – und arbeitete für Chiara. Als sie im April mit ihren komplettierten Zeugnissen erneut bei der Ärztekammer Berlin vorstellig wurde, signalisierte man ihr, dass die Anerkennung auf Basis der EU-Richtlinie 2005/36/EG kein Problem mehr sein dürfte. Doch bis sie das wichtige Papier in den Händen hielt, vergingen noch sechs spannende Wochen. Bis zum Stellenantritt, der für den 1. Juli geplant war, wurde die Zeit knapp.

Chiara Ceccucci hat es geschafft. Nach acht Jahren ist sie im deutschen Gesundheitssystem wieder auf dem Stand angekommen, den sie in ihrer Heimat bereits erreicht hatte. Ein langer Weg mit vielen Hürden. Dabei ist die sehr weitgehende Regulierung des Arztberufs in Europa aber auch Ausdruck seiner besonderen Bedeutung.

### »Die ewige Assistenzärztin«

Die spanische Gastroenterologin Maria Yago Buenas hat diesen Weg noch vor sich. Sie kam erst vor acht Monaten mit ihrem deutschen Mann nach Berlin. Ihr Abschluss muss nach der EU-Richtlinie 2005/36/EG eigentlich automatisch anerkannt werden. Das ist der Rechtsrahmen. In der Praxis machte man ihr bei einem Vorstellungsgespräch im Krankenhaus sofort klar, dass man sie nicht Endoskopieren lassen würde. „Nach dem Vorstellungsgespräch war ich deprimiert. Ich dachte, ich muss meine Facharzt-Ausbildung hier noch einmal neu machen. Ich habe den Eindruck, ich werde die ewige Assistenzärztin sein“, sagt Maria Yago Buenas.

Eines Besseren belehrt wird sie beim „Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte“ der Kaiserin-Friedrich-Stiftung (KFS). Der jährlich stattfindende Kurs gibt an zwei Tagen einen Überblick über das deutsche Gesundheitssystem und über ärztliche Pflichten. Nicht zuletzt aber informiert er auch über die



Der Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte der Kaiserin-Friedrich-Stiftung ist immer gut besucht.

Voraussetzungen für eine Arztstätigkeit in Deutschland und die Wege zur Approbation und zur deutschen Facharzturkunde.

Rund 100 Ärzte aus 40 verschiedenen Ländern nutzen diesmal die Gelegenheit, sich zu informieren. Darunter ist eine große Gruppe arabischer Ärzte, die überwiegend aus Syrien stammen. Sie kennen sich vom Deutschkurs. Sie sind Anästhesisten, Allgemeinmediziner und Chirurgen. Keiner von ihnen ist länger als ein Jahr in Deutschland. In der Kaiserin-Friedrich-Stiftung bleiben sie unter sich. Die Frage, ob sie bereits die deutsche Approbation erhalten haben, verstehen sie nicht. Ob sie die komplexen Zusammenhänge des deutschen Gesundheitssystems verstehen, die der Kurs erläutert, bleibt fraglich.



Dr. Gisela Albrecht: „Sie sind herzlich willkommen.“

### »Wir brauchen Sie!«

Die Geschäftsführerin der Stiftung, Dr. Gisela Albrecht, entschuldigt sich fast dafür, dass alles so kompliziert ist. „Leider ist unser Gesundheitssystem sehr zersplittert“, sagt sie. Und sie warnt vor „frustrierenden Erfahrungen mit Behörden“. Aber sie stellt auch unmissverständlich klar, dass das Beherrschen der deutschen Sprache eine wesentliche

Voraussetzung ist. Deshalb wird der Kurs auch nicht ins Englische simultan übersetzt. „Wenn Sie sich auf Station einarbeiten müssen, dann ist das sprachlich schon sehr viel, was Ihnen abverlangt wird. Wer als Arzt oder Zahnarzt tätig wird, muss gutes Deutsch sprechen“, sagt Albrecht.

Und eine Botschaft hören die Ärzte hier immer wieder, nicht nur aus Albrechts Mund: „Sie sind herzlich willkommen. Wir brauchen Sie.“

### »Hier bin ich nichts.«

Doch eine Ärztin aus Südamerika mag das kaum mehr glauben. „Deutschland hat einen Ärztemangel. Es sollte ein bisschen einfacher sein, als Arzt hier Fuß zu fassen, wenn man schon Erfahrung hat“, sagt die Ärztin, die anonym bleiben will. Sie hat in ihrem Heimatland zehn Jahre als Internistin gearbeitet. „Hier bin ich nichts“, klagt sie.

Doch entgegen diesem Eindruck ist auf Landes- und Bundesebene viel getan worden, um die Zuwanderung von qualifizierten Personen aus dem Ausland zu erleichtern. Seit dem 31. März 2012 können auch Ärzte aus Drittstaaten die Approbation erhalten. Möglich wurde dies durch das Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (BQFG), das mit einer Änderung der Bundesärzteordnung einherging. Dazu müssen die Kandidaten eine Gleichwertigkeitsprüfung ablegen. Auf diese Prüfung bereitet die Südamerikanerin sich nun in einem kostenpflichtigen Kurs vor. Währenddessen arbeitet sie mit einer auf zwei Jahre befristeten Berufserlaubnis als Gastärztin. Der Status ist vergleichbar mit dem früheren Arzt im Praktikum – und so fühlt sich die Ärztin auch behandelt.

„Egal, was man macht, man wird ein bisschen diskriminiert. Kollegen lassen ausländische Ärzte immer die schrecklichen Arbeiten machen“, sagt sie. Außer Blut abnehmen, darf sie nicht viel tun.

„Das machen bei uns die Schwestern. Am Ende lernt man gar nichts.“ Von der Anerkennung ihres Facharztstatus scheint diese Ärztin weit entfernt. Eine erste Prüfung der Ärztekammer hat ergeben, dass sie vier Jahre Weiterbildungszeit in Deutschland nötig hätte.

### »Die Tür ist sehr weit offen.«

Erst seit Anfang Februar dieses Jahres ist es Fachärzten aus Drittstaaten überhaupt möglich, diese Anerkennung in Berlin zu beantragen. Denn um dem BQFG auch auf Länderebene zur Geltung zu verhelfen, war eine Änderung des Ärzte-Weiterbildungsgesetzes nötig. Die dazugehörige Änderung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ist in Vorbereitung und wird in Kürze der Aufsichtsbehörde zur Genehmigung vorgelegt, nachdem sie durch die Gremien der Kammer verabschiedet worden ist.

Seit Februar sind bei der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung der Ärztekammer Berlin bereits 20 Anträge auf Anerkennung von Berufsqualifikationen aus Drittstaaten eingegangen. Den ersten drei Ärzten aus Drittstaaten hat die Abteilung die Anerkennung bereits ausgehändigt. Die anderen Anträge sind noch in Bearbeitung. Das Verfahren ist dreistufig und nicht ganz unkompliziert. Deshalb sind aufwandsorientierte Gebühren zwischen 150 und 1.600 Euro fällig. „Die Prüfung der Gleichwertigkeit dieser Weiterbildungsanerkennungen ist sehr aufwändig“, sagt Abteilungsleiterin Dr. Catharina Döring-Wimberg.

Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten, wie die Prüfung durch die Landesärztekammern für Drittstaatenmitglieder ausgehen kann: Stellt die Kammer die Gleichwertigkeit fest, erteilt sie die Anerkennung. Stellt sie wesentliche Defizite fest, die nicht durch Berufstätigkeit ausgeglichen werden können, steht eine mündliche Prüfung an. Bei wesentlichen praktischen Defiziten,

kann die Kammer mindestens sechs Monate Weiterbildungszeit fordern, bevor sie einen Kandidaten zur Prüfung zulässt. Döring-Wimbergs Einschätzung: „Der Gesetzgeber hat mit dem BQFG die Tür sehr weit geöffnet. Die Möglichkeiten sind deutlich erweitert worden. Geschenkt werden die Anerkennungen nicht.“

Unabdingbare Voraussetzung für die Klärung des Facharztstatus mit der Ärztekammer ist eine Kammermitgliedschaft. Die gibt es, wenn die Approbation oder zumindest eine Berufserlaubnis vorliegt. In Berlin ist dafür das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) zuständig. Ärzte aus Drittstaaten müssen dort viele Papiere einreichen und eine Kenntnisprüfung ablegen. Antragstellung und Prüfung zusammen kosten 550 Euro.

Seit Jahresbeginn ist die Kenntnisprüfung bundesweit einheitlich geregelt. Geprüft werden einige grundlegende Fächer und die ärztliche Kommunikation. Ein erstes Fazit von Petra Mikoleit, Teamleiterin „Ausländische Akademiker“ beim LaGeSo: „Bei denen mit einer Drittstaatenausbildung, die frisch von der Uni kommen, hat sich das neue Prüfverfahren als positiv erwiesen. Auf der anderen Seite tun sich die mit langjähriger Berufserfahrung schwer.“

## »Unterschiede sind schwer nachvollziehbar.«

Trotz dieser Vereinheitlichung beklagt der Marburger Bund (MB) immer noch Unterschiede bei der Bewertung der Gleichwertigkeit von Drittstaatsdiplomen zwischen den Bundesländern. Das hat mitunter einen regelrechten „Approbationstourismus“ zur Folge. „In manchen Ländern wird die Approbation leichter erteilt als in anderen. Das spricht sich herum“, bestätigt Ruth Wichmann, Leiterin des Auslandsreferats des MB-Bundesverbands. Es sei durchaus denkbar, dass zwei verschiedene Appro-

bationsbehörden bei zwei Medizinern mit gleicher Berufserfahrung und Ausbildung an der gleichen Uni im gleichen Land zu verschiedenen Ergebnissen kämen, so Wichmann.

Auch die Sprachanforderungen sind bislang noch sehr verschieden. So genügt in manchen Bundesländern ein Zertifikat eines allgemeinen Sprachtests auf dem Niveau B2, egal welche Sprachschule es ausgestellt hat. In anderen werden nur B2-Zertifikate von qualifizierten Sprachinstituten wie Goethe, Telc und Testdaf anerkannt. Einige Bundesländer fordern zusätzlich eine Fachsprachprüfung oder mündliches Vorsprechen. Ein Bundesland verlangt Sprachniveau B1. „Es ist schwer nachzuvollziehen, warum man in einem Bundesland besser Deutsch sprechen muss, als in einem anderen, wenn man als Arzt arbeiten will“, sagt Wichmann.

## Bundesweite Vereinheitlichung

Nicht nur der Marburger Bund fordert hier eine Vereinheitlichung. Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich bereits im Frühjahr 2013 dafür ausgesprochen, bundesweit vergleichbare Zugangsvoraussetzungen zum Arztberuf für Ausländer zu schaffen. Zusätzlich zum allgemeinen Sprachtest soll ein verpflichtender Fachsprachentest eingeführt werden. Diese Forderung hat der Deutsche Ärztetag in Düsseldorf im Mai erneuert.

Als Vorbild dienen die Regelungen in Rheinland-Pfalz und in Nordrhein-Westfalen. Dort übernehmen die Kammern die Fachsprachentests. In drei Abschnitten werden je 20 Minuten lang die Befähigungen für ein mündliches Patientengespräch, ein mündliches Kollegengespräch und einen schriftlichen Arztbrief getestet. Ein Ergebnis dieses Alleingangs: In Rheinland-Pfalz beantragen dem Vernehmen nach wenige Ärzte aus dem Ausland die Approbation und viele fallen durch. Andererseits war



Ruth Wichmann: „In manchen Ländern wird die Approbation leichter erteilt als in anderen.“

Berlin bisher eine beliebte Anlaufstation – nicht nur weil die Stadt attraktiv ist. Das LaGeSo war bis Ende 2013 noch mit einem Sprachnachweis des Niveaus B2 eines beliebigen Anbieters zufrieden. Seitdem lässt es nur noch die B2-Zertifikate der drei anerkannten Prüfinstitute gelten.

Nun soll das Modell Nordrhein-Westfalen bundesweit Schule machen. Das hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) Ende Juni beschlossen. Der Sprachstandard zur Approbationsanerkennung für Ärzte aus dem Ausland soll dann in allen Bundesländern mit dem dreiteiligen Fachsprachentest und einem B2-Zertifikat eines qualifizierten Anbieters nachgewiesen werden. Ausnahmen gelten nur für ausländische Ärzte mit deutscher Muttersprache oder deutschem Studienabschluss. Sie brauchen keinen Sprachnachweis zu erbringen.

## »Der Patient möchte seinen Arzt verstehen.«

Insgesamt wird die bundesweite Neuregelung von vielen Seiten befürwortet, auch wenn sie eine noch größere Hürde schafft. Darauf verweist auch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesarbeitsagentur (ZAV). Schon



B2-Deutschkenntnisse seien eine Hürde für viele Ärzte aus dem Ausland, so Sprecherin Beate Raabe. Sie sieht Deutschland im Wettbewerb mit vielen anderen Ländern. Weil in vielen Ländern Bedarf an Ärzten besteht, suchen zum Beispiel spanische Ärzte ihre Perspektive auch gern in Südamerika oder aufbauend auf dem Schul-Englisch in englischsprachigen Ländern. Zudem werden laut ZAV auch in den Krisenstaaten weiterhin Ärzte gebraucht. Dennoch bewertet Raabe die Forderung nach Fachsprachentests als nachvollziehbar. „Der Patient möchte seinen Arzt verstehen und von ihm verstanden werden“, sagt sie. Für wichtig hält sie aber auch eine ausgeprägte Willkommenskultur. Dazu zählt Raabe zum Beispiel Hilfestellung bei Behördengängen und bei der Wohnungssuche, ebenso wie Einladungen zum Sportverein oder in die Kirchengemeinde. „Das ist dann ein Beitrag dazu, dass jemand auch bleibt.“

In diese Richtung wird auch der Marburger Bund aktiv. So baut der Landesverband Berlin/Brandenburg derzeit lokale Netze auf, die Kollegen aus dem Ausland den Einstieg erleichtern. Dazu zählt auch die Unterstützung bei Behördengängen. „Es ist erschreckend, wie die Behörden sich quer stellen, wenn jemand mit Akzent anruft und wieviel besser das funktioniert, wenn eine deutsche Kollegin anruft“, berichtet Frauke Gundlach vom Berlin-Brandenburger MB. Sie arbeitet auf der Inneren Station am Klinikum Eberswalde inzwischen mit acht griechischen Kollegen zusammen.

### »Mehr Einheitlichkeit würde helfen.«

Auch die Leiterin des MB-Auslandsreferats Wichmann zeigt sich überzeugt, dass Einstiegshilfen für ausländische Ärzte wichtig sind: „Wir müssen nicht die Standards bei den fachlichen und sprachlichen Anforderungen senken. Mehr Transparenz und Vereinheitlichung würde den Leuten schon helfen.“

Bei ihren Beratungen für Ärzte, die aus dem Ausland anrufen und sich für eine Tätigkeit in Deutschland interessieren, kämpft sie täglich mit dem Föderalismus. Denn über die Anerkennung des Berufsabschlusses haben die Bundesländer die Hoheit. Für einen Arzt, der noch im Ausland wohnt und nicht weiß, wohin er in Deutschland gehen will, ist also keiner zuständig. Die Fragen der Kollegen aus dem Ausland kann Wichmann deshalb leider oft nicht verbindlich beantworten. Der MB fordert deshalb eine zentrale Gutachterstelle, die länderübergreifend Empfehlungen abgibt, welche Studienabschlüsse anerkannt werden können. Dort müssten Experten mit aktuellem Wissen über die Länder und die dortigen Universitäten sitzen.

Diese Forderung hat die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bereits im vergangenen Jahr befürwortet. Seitdem wird geprüft, ob die zentrale Gutachterstelle für die Gleichwertigkeit medizinischer Abschlüsse bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) am Sekretariat der Bildungsministerkonferenz angesiedelt werden kann. Nach der Planung der GMK soll dabei auch eine zentrale anonymisierte Datenbank entstehen, in der anerkannte und nicht anerkannte Abschlüsse gesammelt werden. Klar ist aber auch, dass die Kosten für diese Stelle an den Antragsteller weitergegeben werden. Übrigens: Für 200 Euro können Ärzte aus dem Ausland schon jetzt von der ZAB ihren Abschluss bewerten lassen. Verbindlich ist diese Bewertung jedoch nicht.

Auch die Approbationsbehörden der Länder würden solch eine zentrale Einrichtung begrüßen, vor allem wenn sie die Beratung von Ärzten aus dem Ausland übernehmen würde, was erst in einem zweiten Schritt geplant ist. Das Berliner LaGeSo erhofft sich davon viel Entlastung. Denn in Berlin kommen allein durch den Hauptstadtstatus viele Anfragen an, die hier noch gar nicht zugeordnet werden können. „Es ist ein

Problem beim LaGeSo, dass reihenweise Anfragen von Ärzten aus aller Welt kommen“, bestätigt die zuständige LaGeSo-Gruppenleiterin Elke Kempin. Nach ihren Angaben verschicken Ärzte aus dem Ausland mitunter E-Mails an alle 16 Landesbehörden.

### »Täglich Anfragen aus dem Ausland«

Bei der Ärztekammer Berlin sieht es ähnlich aus. Es kommen im Grunde täglich Anfragen aus dem Ausland, sagt Catharina Döring-Wimberg. Nicht alle beziehen sich auf das BQFG, denn es gibt ganz unterschiedliche Motive für Ärzte, nach Deutschland zu kommen. „Viele streben eine Qualifikation nach deutschen Weiterbildungsregularien an, manche möchten sich wissenschaftlich qualifizieren, andere wünschen, ihre Berufsbiografie aufzupeppen. Den Anfragenden werden, soweit möglich, hilfreiche Informationen zur Verfügung gestellt“, so Döring-Wimberg weiter.

Denn bei aller Komplexität ist das deutsche Gesundheitswesen weltweit hoch angesehen. Das bestätigt Dr. Andrey Mitroshkin, der vor acht Jahren mit einer Einbürgerungszusicherung aus Russland an die Berliner Charité kam. Auch er hatte viele Hürden zu überwinden. „Zunächst natürlich die Sprache: Wir reden mit Patienten und das ist eine Situation, die einen besonderen Sprachschatz erforderlich macht. Sie sind krank, haben Schmerzen. Es ist von enormer Bedeutung, zu verstehen, was der Patient uns sagen möchte und ebenso, dass der Patient versteht, was wir ihm sagen. Davon ist ja der ganze Behandlungsprozess abhängig“, sagt Mitroshkin. Dann die Arbeitszeiten: In Russland arbeitet ein Arzt 40 Stunden, hat um 16 Uhr Feierabend. Auch in der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen erlebte der Arzt unangenehme Überraschungen, vor allem mit der Pflege. „In Russland ist die Pflege direkt den Ärzten untergeordnet“, so

## Zahl der Ärzte aus dem Ausland wächst

Die Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte mit ausländischer Staatsbürgerschaft steigt stetig. Seit 1993 hat sie sich mehr als verdreifacht. Damals gab es laut Bundesärztekammer 10.275 berufstätige ausländische Ärzte. Am 31.12.2013 waren 31.236 ausländische Staatsbürger ärztlich tätig. Das waren 8,7 Prozent von bundesweit 357.252 berufstätigen Ärzten.

Insgesamt zählte die Bundesärztekammer 35.893 ausländische Ärzte in Deutschland – gut zehn Prozent mehr als ein Jahr zuvor. Der Löwenanteil von 80 Prozent arbeitete in Krankenhäusern (25.106). Niedergelassen waren bundesweit knapp 3.800.

Fast drei Viertel der ausländischen Ärzte in Deutschland kommen aus europäischen Ländern. Die meisten haben eine rumänische, griechische oder österreichische Staatsbürgerschaft. In Berlin kommen die meisten aus Österreich. Griechen, Italiener, Polen und Russen sind ebenfalls häufig in der Hauptstadt vertreten.

Die Ärztekammer Berlin zählte unter ihren 29.337 Mitgliedern Ende 2013 genau 1.395 Ärzte ausländischer Staatsangehörigkeit. Das entspricht einem Anteil von 4,75 Prozent.

Von ihnen waren 576 nicht berufstätig. Dieser Anteil (41,3%) ist im Vergleich extrem hoch. Im Bundesdurchschnitt sind knapp 13 Prozent der Ärzte aus dem Ausland nicht berufstätig.

In den Berliner Krankenhäusern arbeiteten im vergangenen Jahr 574 Ärzte nichtdeutscher Staatsbürgerschaft. Ambulant waren 104 Ärzte in der Hauptstadt tätig und in sonstigen Bereichen wie etwa dem öffentlichen Gesundheitsdienst kamen 141 Ärzte aus dem Ausland.

Die Zahl der Ärzte, die aus dem Ausland nach Berlin kommen, nimmt stetig zu. 2011 zählte die Kammer 146 Neuzugänge ausländischer Ärzte, 2012 bereits 211 und im Jahr 2014 waren es insgesamt 240. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales hat 2012 insgesamt 222 Berufserlaubnisse und 344 Approbationen erteilt. Das waren rund 40 Prozent mehr Approbationen als 2011. 2013 blieben die Zahlen mit 219 Berufserlaubnissen und 250 Approbationen annähernd wie im Vorjahr. 2014 erwartet die zuständige Abteilung nach der bisherigen Entwicklung jedoch wieder deutliche Zunahmen.

Mitroshkin. Hier gelte: „Auf der Station haben die Schwestern das Sagen.“ Sein Rat: „In dieser Situation ist eine gute Kommunikation von enormer Bedeutung.“ Unterschiede macht er auch in der Patientenführung aus: In Russland sei das relativ paternalistisch, hierzulande herrsche Patientensouveränität. „Das erfordert manchmal Umdenken“, sagt Mitroshkin.

### »Hier zu arbeiten, macht wirklich Spaß.«

Inzwischen ist der Charité-Arzt eingebürgert und heimisch geworden, nicht nur in Berlin, sondern auch im deutschen Gesundheitssystem. Jetzt engagiert er sich im Hartmannbund dafür,

dass ausländische Ärzte in Deutschland eine Interessenvertretung erhalten. Seinen Kollegen gibt er beim Kompaktseminar der Kaiserin-Friedrich-Stiftung vor allem eines mit: „Sie haben sich für einen schwierigen Weg entschieden, als Arzt in Deutschland zu arbeiten, aber am Ende werden sie dafür doch belohnt. Wir haben hier eines der besten Gesundheitssysteme der Welt und in diesem System zu arbeiten, macht wirklich Spaß.“

Genauso sieht das auch Chiara Ceccucci. Sie kann es kaum erwarten, für ihre Patienten die volle fachärztliche Verantwortung zu übernehmen. Doch als sie die Facharzturkunde in der Hand hielt und dachte, alles sei geschafft, kam noch eine unerwartete Hürde: Die Kasernenärztliche Vereinigung erkannte die

Übersetzung ihres Diploms nicht an, die ein in Italien vereidigter Übersetzer vorgenommen hatte. Sie forderte stattdessen eine in Deutschland beglaubigte Übersetzung, obwohl vorher bereits das LaGeSo und die Ärztekammer das Dokument anerkannt hatten. Doch das ist offensichtlich auch in anderen KV-Bezirken so üblich. Die Folge: Chiara Ceccucci konnte ihre Stelle als Fachärztin nicht wie geplant zum 1. Juli antreten. Ihr Chef aber hatte Verständnis und half ihr bei dieser – hoffentlich – letzten Hürde.

*Verfasserin:*  
Angela Mißbeck  
lebt und arbeitet in Berlin als freie Journalistin mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik

# Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise?\*

Teil 1 von 3

Trisha Greenhalgh und Kollegen argumentieren, dass die evidenzbasierte Medizin trotz ihrer vielen Vorteile auch einige unvorhergesehene Nachteile mit sich gebracht hat. Ihre vorläufige Agenda soll zur Renaissance der Strömung beitragen: Erneute Konzentration auf brauchbare Evidenz, die je nach Zusammenhang und mit dem ärztlichen Fachwissen zur optimalen Behandlung jedes einzelnen Patienten beitragen kann.

**Trisha Greenhalgh** Dean for Research Impact<sup>1</sup>, **Jeremy Howick** Senior Research Fellow<sup>2</sup>, **Neal Maskrey** Professor of Evidence Informed Decision Making<sup>3</sup> für die Evidence Based Medicine Renaissance Group

Korrespondenzadresse: T. Greenhalgh (p.greenhalgh@qmul.ac.uk)

<sup>1</sup> Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London E1 2AB, GB; <sup>2</sup> Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford OX2 6NW, GB; <sup>3</sup> Keele University, Staffs ST5 5BG, GB

Vor mehr als 20 Jahren verkündete die Arbeitsgruppe zur evidenzbasierten Medizin ein „neues Paradigma“ für die Lehre und Ausübung der klinischen Medizin.<sup>1</sup> Die Tradition, das anekdotische Wissen und die theoretische Argumentation aus den Grundlagenwissenschaften seien durch Belege aus qualitativ stichfesten, randomisierten, kontrollierten Prüfungen und Beobachtungsstudien, in Verbindung mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten zu ersetzen.

Die evidenzbasierte Medizin wurde rasch zu einer dynamischen, intellektuellen Bewegung, die sich auf ihre Fahne geschrieben hatte, die klinische Praxis stärker wissenschaftlich und empirisch zu untermauern, um eine sicherere, einheitlichere und kostengünstigere Versorgung zu erreichen.<sup>2</sup> Zu den Errungenschaften zählen der Aufbau der Cochrane Collaboration für die Sammlung und Zusammenfassung von Nachweisen aus klinischen Prüfungen;<sup>3</sup> die Erarbeitung von Methoden- und Publikationsstandards für die Primär- und Sekundärforschung;<sup>4</sup> der Aufbau nationaler und internationaler Strukturen für die Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien für die klinische Praxis;<sup>5</sup> die Erarbeitung von Hilfsmitteln und Kursen zur Entwicklung eines kritischen Urteilsvermögens<sup>6</sup> und der Aufbau der Wissensgrundlage hinsichtlich der Übertragung und Umsetzung von Erkenntnissen<sup>7</sup>.

Von Anfang an waren Kritiker besorgt, dass die Betonung der experimentellen Belege zu einer Entwertung der Grundlagenwissenschaften und des impliziten Wissens führen könnte, das mit der klinischen Erfahrung wächst. Außerdem stellten sie infrage, dass Feststellungen auf der Grundlage der Durchschnittsergebnisse von klinischen Studien informierte Entscheidungen bei echten Patienten zulassen. Diese seien nicht in den Prüfungen repräsentiert und ihre Erkrankungen entsprächen auch selten den Lehrbuchbeschreibungen.<sup>8</sup> Andere hingegen argumentierten, dass die evidenzbasierte Medizin – bei sachkun-

diger und bedachter Umsetzung – sowohl grundlegende wissenschaftliche Prinzipien, die Feinheiten der ärztlichen Beurteilung als auch die klinischen und individuellen Besonderheiten der Patienten berücksichtigen könne.<sup>1</sup>

Zwei Jahrzehnte der finanziellen Förderung und enthusiastischen Beschäftigung mit der evidenzbasierten Medizin haben zahlreiche Erfolge hervorgebracht. Ein frühes Beispiel sind die Asthma-Leitlinien der British Thoracic Society aus dem Jahr 1990. Sie wurden im Einvernehmen erarbeitet, aufbauend auf einer Kombination aus randomisierten Prüfungen und Beobachtungsstudien.<sup>9</sup> In der Folge stieg die Anwendung von individuellen Versorgungsplänen und die schrittweise Verordnung von inhalativen Steroiden gegen Asthma<sup>10</sup>, während die Morbiditäts- und Mortalitätsraten sanken<sup>11</sup>. Und erst kürzlich hat sich gezeigt, dass die breite Umsetzung der Leitlinien des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) zur Prävention venöser Thromboembolien nach operativen Eingriffen die Zahl thromboembolischer Komplikationen signifikant reduzieren konnte.<sup>12</sup>

Doch trotz dieser und vieler weiterer Erfolgsmeldungen stellt die große Uneinheitlichkeit bei der Einhaltung evidenzbasierter Verfahren weiterhin ein Problem dar. So liegt beispielsweise die Inzidenz der arthroskopischen Lavage des Kniegelenks, deren Nutzen mit Ausnahme bei Vorliegen von freien Gelenkkörpern unbewiesen ist, in England zwischen 3 und 48 pro 100.000 Patienten.<sup>13</sup> Alarmierender indes ist, dass viele der eigentlichen Unterstützer der evidenzbasierten Medizin glauben, dass sich die Strömung in einer schweren Krise befindet (Kasten 1).<sup>14,15</sup> Nachfolgend skizzieren wir die Probleme und einige mögliche Lösungen.

.....  
\* Übersetzung aus BMJ 2014;348:g3725

## Verzerrung der Marke „evidenzbasiert“

Das erste Problem ist, dass sich Interessengruppen das „Qualitätskennzeichen“ der Evidenzbasiertheit angeeignet und dieses verzerrt haben. Dabei bestimmt insbesondere die Pharma- und Medizintechnikbranche die Forschungsagenda. Sie definiert, was als Krankheit (beispielsweise die weibliche Erregungsstörung, therapierbar mit Sildenafil<sup>16</sup> und die männliche Kahlheit, behandelbar mit Finasterid<sup>17</sup>) oder als einer Krankheit vorausgehendes „Risikostadium“ anzusehen ist (z. B. eine geringe Knochendichte, therapierbar mit Alendronat).<sup>18</sup> Zudem entscheidet sie, welche Untersuchungen und Behandlungen in empirischen Studien verglichen werden und wählt Zielmessgrößen (häufig Surrogatparameter) zur Ermittlung der „Wirksamkeit“ aus.<sup>19</sup>

### Die evidenzbasierte Medizin in der Krise?

- Interessengruppen haben das „Qualitätskennzeichen“ der Evidenzbasiertheit zweckentfremdet.
- Die Menge an Belegen, und insbesondere an klinischen Leitlinien, ist unüberschaubar geworden.
- Statistisch signifikante Vorteile spielen in der klinischen Praxis mitunter eine marginale Rolle.
- Starre Vorgaben und technikgestützte Hinweise bergen die Gefahr einer verwaltungsgesteuerten, anstelle einer patientenzentrierten Versorgung.
- Evidenzbasierte Leitlinien werden komplexen Multimorbiditäten nur unzureichend gerecht.

Kasten 1

Durch überhöhte Teststärken zur Sicherstellung der statistischen Signifikanz selbst kleiner Unterschiede, durch Einschlusskriterien, die die Auswahl der Patienten mit dem voraussichtlich günstigsten Therapieansprechen fördern, durch die Manipulation der Dosierungen für die Interventions- und Kontrollbehandlung, durch die Verwendung von Surrogatendpunkten und das selektive Veröffentlichen positiv verlaufender Studien schafft es die Industrie dennoch, ihre Ergebnisse als „frei von systematischen Fehlern“ in den führenden begutachteten Fachzeitschriften zu veröffentlichen.<sup>20</sup> Ein derartiges Vorgehen bei Studien mit Psychopharmaka, die von den jeweiligen Herstellern finanziert wurden, ermöglichte den Nachweis, dass Medikament A Medikament B überlegen ist, welches wirksamer als Medikament C ist, das wiederum Medikament A überlegen

ist.<sup>21</sup> Eine Überprüfung von durch die Industrie gesponserten Studien zu Antidepressiva ergab, dass 37 von 38 Studien mit positiven Ergebnissen, aber nur 14 von 36 mit negativen Ergebnissen veröffentlicht wurden.<sup>22</sup>

Hier zeigt sich, dass die Qualitätschecklisten und die Hilfsmittel zur Aufdeckung eines Risikos etwaiger systematischer Fehler der evidenzbasierten Medizin möglicherweise nicht in der Lage sind, die immer subtileren Bias in den von der Industrie finanzierten Prüfungen aufzuzeigen.<sup>23</sup> Einige der sogenannten evidenzbasierten Richtlinien (wie u. a. das Demenz-Screening ab 75 Jahren und die allgemeinen Gesundheitschecks ab 40 Jahren in Großbritannien) gründen offensichtlich größtenteils auf politischer Überzeugung.<sup>24,25</sup> Dabei haben Kritiker die Rolle der Pharmaindustrie bei der Beeinflussung der politischen Entscheidungsträger, die diese Richtlinien einführten, verurteilt.<sup>26</sup>

### Eine Flut an Nachweisen

Der zweite Aspekt der Krise der evidenzbasierten Medizin – und ironischerweise auch gleichzeitig ein Maßstab für ihren Erfolg – ist die schiere Menge an verfügbarer Evidenz. Vor allem die Zahl der klinischen Leitlinien ist heute längst unüberschaubar und nicht mehr handhabbar. Ein Audit aus dem Jahr 2005, bei dem die medizinische Behandlung in einem Akutkrankenhaus über 24 Stunden betrachtet wurde, schloss 18 Patienten mit 44 Diagnosen ein. Insgesamt wurden 3.679 Seiten an nationalen Leitlinien identifiziert (geschätzte Lesedauer 122 Stunden), die für die unmittelbare Behandlung der Patienten relevant waren.<sup>27</sup>

### Geringfügige Verbesserungen und eine Verlagerung von der Erkrankung zum Risiko

Die evidenzbasierte Medizin ist zunehmend eine Wissenschaft der geringfügigen Verbesserungen – denn die leicht zu erreichenden Ziele bei vielen Erkrankungen (Interventionen, die große Verbesserungen versprechen) sind längst erreicht. Nach den frühen enormen Fortschritten durch die hochaktive antiretrovirale Therapie bei HIV<sup>28</sup> und die Dreifachtherapie für *Helicobacter pylori*-positive peptische Ulzera<sup>29</sup> behandelt die aktuelle Forschung in diesen Bereichen Fragen zu marginalen Verbesserungen: Sollten diese Kombinationsbehandlungen nacheinander oder parallel verabreicht werden, und wie ist der Prozentsatz an Patienten zu erhöhen, die die komplexen Behandlungspläne einhalten?<sup>30,31</sup>

Groß angelegte Studien zum Nachweis geringfügiger Verbesserungen in einem nahezu gesättigten therapeutischen Feld tendieren in der Regel zu einer Überbewertung möglicher Vorteile (da die Stichprobengrößen der Studien nicht repräsentativ sind und Effekte bei überhöhter Teststärke ggf. statistisch,

aber nicht klinisch signifikant sind) und zu einer Unterbewertung von Schäden (da Nebenwirkungen meist nur unzureichend erkannt oder gemeldet werden). Ein Paradebeispiel ist die 74-jährige Patientin, die aufgrund einer unkritischen Übernahme von Teilen einer Leitlinie eine hochdosierte Statin-Behandlung erhält und als Resultat Muskelschmerzen entwickelt, die sie bei Hobbys und körperlicher Ertüchtigung einschränken – hier wedelt der evidenzbasierte Schwanz mit dem klinischen Hund. In solchen Szenarien verschiebt sich der Schwerpunkt der klinischen Versorgung unmerklich vom Patienten (dieser 74-Jährigen) zur Untergruppe der Bevölkerung (Frauen zwischen 70 und 75 Jahren) und vom Zweck (Was ist das Ziel der Untersuchung oder Behandlung dieser Patientin?) zu den Mitteln (Wie

kann sichergestellt werden, dass die definierte Bezugsbevölkerung Statine erhält?).

Wie die obigen Beispiele zeigen, hat sich die evidenzbasierte Medizin in den letzten Jahren von dem Erforschen und Behandeln bekannter Erkrankungen, hin zu einem Aufspüren und Eingreifen bei eigentlich Gesunden entfernt. Die Risikobeurteilung mit „evidenzbasierten“ Scores und Algorithmen (wie z. B. bei Herzerkrankungen, Diabetes, Krebs und Osteoporose) findet nun in großem Ausmaß statt, wobei die Zusatzkosten oder unbeabsichtigten menschlichen und finanziellen Konsequenzen nur wenig Beachtung finden.<sup>26</sup>

Teil 2 von 3 des Artikels erscheint in BERLINER ÄRZTE 10/2014

<sup>1</sup> Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine.

A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.

<sup>2</sup> Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health* 2003;7:267-82.

<sup>3</sup> Levin A. The Cochrane Collaboration. *Ann Intern Med* 2001; 135:309-12.

<sup>4</sup> Simera I, Moher D, Hirst A, Hoey J, Schulz KF, Altman D. Transparent and accurate reporting increases reliability, utility, and impact of your research: reporting guidelines and the EQUATOR Network. *BMC Med* 2010;8:24.

<sup>5</sup> Hill J, Bullock I, Alderson P. A summary of the methods that the National Clinical Guideline Centre uses to produce clinical guidelines for the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Ann Intern Med* 2011;154:752-7.

<sup>6</sup> Horsley T, Hyde C, Santesso N, Parkes J, Milne R, Stewart R. Teaching critical appraisal skills in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 11: CD001270.

<sup>7</sup> McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin CL, Kistler C. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. Evidence Reports/Technology Assessments No 213. US Agency for Healthcare Research and Quality, 2013.

<sup>8</sup> Timmermans S, Berg M. The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. Temple University Press, 2003.

<sup>9</sup> British Thoracic Society. Guidelines for management of asthma in adults: I. Chronic persistent asthma. *BMJ* 1990;301:651-3.

<sup>10</sup> Majeed A, Ferguson J, Field J. Prescribing of beta-2 agonists and inhaled steroids in England: trends between 1992 and 1998, and association with material deprivation, chronic illness and asthma mortality rates. *J Pub Health Med* 1999;21:395-400.

<sup>11</sup> Kelly MP, Capewell S. Relative contributions of changes in risk factors and treatment to the reduction in coronary heart disease mortality. Health Development Agency, 2004.

<sup>12</sup> Lau BD, Haut ER. Practices to prevent venous thromboembolism: a brief review. *BMJ Qual Safety* 2014;23:187-95.

<sup>13</sup> Gray JAM. NHS Atlas of variation in healthcare. 2011. [www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/atlas-of-variation-2011/](http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/atlas/atlas-of-variation-2011/).

<sup>14</sup> Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005;2:e124.

<sup>15</sup> Greenhalgh T. Why do we always end up here? Evidence-based medicine's conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes. *J Primary Health Care* 2012;4:92-7.

<sup>16</sup> Basson R, McInnes R, Smith MD, Hodgson G, Koppiker N. Efficacy and safety of sildenafil citrate in women with sexual dysfunction associated with female sexual arousal disorder. *J Women's Health Gender Based Med* 2002;11:367-77.

<sup>17</sup> Leyden J, Dunlap F, Miller B, Winters P, Lebwohl M, Hecker D. Finasteride in the treatment of men with frontal male pattern hair loss. *J Am Acad Dermatol* 1999;40:930-7.

<sup>18</sup> Bone HG, Greenspan SL, McKeever C, Bell N, Davidson M, Downs RW. Alendronate and estrogen effects in postmenopausal women with low bone mineral density 1. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:720-6.

<sup>19</sup> Cohen D. FDA official: "clinical trial system is broken." *BMJ* 2013;347:f6980.

<sup>20</sup> Every-Palmer S, Howick J. How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication. *J Eval Clin Pract* 2014 May 12. [Epub ahead of print.]

<sup>21</sup> Heres S, Davis J, Maino K, et al. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second-generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2006;163:185-94.

<sup>22</sup> Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell R, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.

<sup>23</sup> Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ* 2011;343:d5928.

<sup>24</sup> Le Couteur DG, Doust J, Creasey H, Brayne C. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ* 2013;347:f5125.

<sup>25</sup> Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhoj Larsen C, Larsen C, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;10:CD009009.

<sup>26</sup> Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.

<sup>27</sup> Allen D, Harkins K. Too much guidance? *Lancet* 2005;365:1768.

<sup>28</sup> Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. *N Engl J Med* 1998;338:853-60.

<sup>29</sup> NICE. Dyspepsia: managing dyspepsia for adults in primary care (GC17). 2004. <http://guidance.nice.org.uk/CG17/Guidance/pdf/English>.

<sup>30</sup> Gatta L, Vakil NB, Scarpignato C, Fiorini G, Castelli V, Vaira D. Sequential therapy for eradication of *Helicobacter pylori* infection in adults: still far from the ideal treatment. a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2013;144:S332.

<sup>31</sup> Hart JE, Jeon CY, Ivers LC, Behlforouz HL, Caldas A, Drobcac PC, et al. Effect of directly observed therapy for highly active antiretroviral therapy on virologic, immunologic, and adherence outcomes: a meta-analysis and systematic review. *JAIDS* 2010;54:167-79.

Zu zitieren als: *BMJ* 2014;348:g3725

# Ausbildung für Auszubildende

## MFA-Veranstaltung der ÄKB im Langenbeck-Virchow-Haus

Am 14. Mai informierte die Ärztekammer Berlin in einer dreistündigen Abendveranstaltung, zu der Ärztinnen und Ärzte, aber auch Medizinische Fachangestellte eingeladen worden waren, über die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten.

Von Michaela Peeters und Christoph Röhrig

**A**ngesichts der vielschichtigen Aspekte der Ausbildung ging es an diesem Abend im Langenbeck-Virchow-Haus konkret um die Frage „Wie bilde ich richtig aus?“. Nach den Grußworten von Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Dr. med. Regine Held, zuständiges Mitglied im Kammervorstand, vermittelte Dr. med. Andreas Quurke, seit vielen Jahren Mitglied in einem Prüfungsausschuss sowie im Berufsbildungsausschuss der Ärztekammer Berlin, die wesentlichen Punkte zum Ausbildungsplan sowie zu den Inhalten der dualen Ausbildung, deren praktischer Teil in der Regel in einer Arztpraxis oder einer sonstigen medizinischen Einrichtung stattfindet. Es schloss sich ein Vortrag von Dr. Regine Held zur Überbetrieblichen Ausbildung für Auszubildende an, die die Ärztekammer vor mehr als zehn Jahren zur Kompensation typischer Ausbildungsdefizite eingeführt hatte.

### Große Herausforderung

Sodann trug Christoph Röhrig, Leiter der Fachabteilung in der Ärztekammer Berlin, zu dem Thema „Delegation ärztlicher Leistungen – auch an Auszubildende“ vor. Auch die Berufsschulen, in denen der theoretische Teil der dualen Ausbildung stattfindet, kamen zu Wort. In einem Tandem-Vortrag von Jürgen



ÄKB-Vorstandsmitglied Regine Held erläuterte die Überbetriebliche Ausbildung

Barning (stellv. Schulleiter der Rahel-Hirsch-Schule, OSZ Gesundheit/Medizin) und Karl-Heinz Greifzu (Leiter Abt. 1, OSZ Gesundheit Wedding), beide ebenfalls langjährige Mitglieder im Berufsbildungsausschuss, wurde die Bedeutung der Vermittlung von Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz an den Berufs-

schulen deutlich. Im zweiten Teil der Veranstaltung thematisierte Christoph Röhrig zunächst den Konflikt in der Ausbildung. Constanze Olivia Carl und Sabine Prietzel, beide in der Ärztekammer Berlin fachverantwortlich im Schwerpunkt Berufsbildung, leiteten sodann mit Ihren Vorträgen zur Organisation und Durchführung der Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten in den letzten Teil der Veranstaltung ein, der mit der Simulation eines Falls aus der praktischen Prüfung der Medizinischen Fachangestellten unter der Leitung des ärztlichen Prüfungsausschussmitglieds Dr. med. Elisabeth Martin abgeschlossen wurde. Das Fazit am Ende eines doch sehr umfangreichen Programms: Wohl ist es die Aufgabe der Ärztekammer Berlin, die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten im Land Berlin zu fördern, zu regeln, zu überwachen und das Prüfungswesen zu organisieren. Doch den Ärztinnen und Ärzten kommt letztlich die sehr verantwortungsvolle Aufgabe zu, auszubilden, also auf die Auszubildenden fachlich, didaktisch und erzieherisch einzuwirken; das alles, und auch die Eingliederung der Auszubildenden in die betrieblichen Abläufe ist mitunter eine durchaus beachtliche Herausforderung. Die Mitgestaltung des Lebenswegs eines jungen Menschen kann aber viel Freude bereiten. Und letztlich sichert eine gute Ausbildung des Assistenzpersonals auch die eigene ärztliche Berufsausübung!

*Weitere Informationen zur Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erhalten Sie in der Fachabteilung der Ärztekammer Berlin unter Telefon: 030-40806-2626.*

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 22.08.-23.08.2014	<b>Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News - Basiskurs</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 06.10.-08.10.2014	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 08.10.-10.10.2014	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 11.10.2014	<b>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	Gesellschaft zur Förderung der Gehörlosen, Friedrichstraße 12, 1. OG 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 17.10.-18.10.2014	<b>Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News - Aufbaukurs</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 17.10.-18.10.2014	<b>Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16. Std. Kurs)</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030 / 80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
■ 12.11.2014	<b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
■ 27.11.2014	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie</b>	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 28.11.2014	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 28.11.-29.11.2014	<b>3. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel. 030 / 40806-1205 Dr. med. Henning Schaefer Andrea Hofmann E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitgl., 65 € Nichtkammermitglieder	vorauss. 12 P

## Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt/ Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

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

Für den 2. Durchlauf sind bereits folgende Termine geplant:

<b>Modul III</b> 26.-29.01.2015	Landesärztekammer Thüringen
<b>Modul IV</b> 23.-26.03.2015	Ärztekammer Sachsen-Anhalt
<b>Modul V</b> 29.02.-03.03.2016	Sächsische Landesärztekammer

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

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

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2014 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

**Termine:** Präsenzwoche 1: 08.09.-13.09.2014 / Woche 2: 13.10.-18.10.2014 / Woche 3: 17.11.-22.11.2014 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

**Weitere Informationen:** Telefon: 030 / 40806-1402 (Organisation), Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: [QM-Kurs.2014@aekb.de](mailto:QM-Kurs.2014@aekb.de)

## Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

**Termine 9 Stunden Theoriekurs:** jeweils mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr  
05.11.2014, 26.11.2014 und 17.12.2014

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

## Patientensicherheit und Arzthaftung

Was Ärztinnen und Ärzte wissen und können sollten,  
um Fehler zu vermeiden und auf mögliche Behandlungsfehler  
adäquat zu reagieren

Patientensicherheit ist ein elementarer Aspekt jeder ärztlichen Tätigkeit und eng verknüpft mit ärztlicher Haftpflicht. Wichtigstes Lernziel der interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern einsetzen zu können. Im Falle eines Behandlungsfehlers bzw. beim Vorwurf eines solchen sollen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss des Seminars sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik) beitragen können.

Das Seminar besteht aus einem einleitenden E-Learning-Modul und drei Präsenzmodulen, die an drei Wochenenden in vier- bis achtwöchigen Abständen durchgeführt werden.

**Wissenschaftliche Leitung:** Prof. Dr. med. Peter Marx,  
Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH

**Termine:** E-Learning: 01.-21.11.2014

Präsenzmodule: 21.-22.11.2014, 16.-17.01.2015, 27.-28.02.2015

**Ort:** Ärztekammer Berlin

**Anmeldung:** Telefon: 030 / 40806-1402, E-Mail: [e.hoehne@aekb.de](mailto:e.hoehne@aekb.de)

(Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt);  
680 Euro, 38 Fortbildungspunkte

Berliner Ärzte auch im Internet:

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



# In die Kammer – nicht ins stille Kämmerchen

**Selbstverwaltet, selbstvertreten, selbstverliebt? Mit dieser selbstironischen Frage lud der Marburger Bund zu einer Diskussionsveranstaltung über berufspolitisches Engagement, ärztliche Selbstverwaltung – und das Leben vor dem Tod.**

wirklicher Vereinbarkeit von Beruf und Familie – auch als Arzt oder Ärztin. Nach Lebensqualität, auch mit einem Beruf, der den ganzen Mann und die ganze Frau fordert. Ein Thema, das auch die gewerkschaftliche Vertretung der Klinikärzte zunehmend beschäftigt: „Wir versuchen die Wünsche der jungen Leute nach einem Leben vor dem Tod

Die meisten jungen Ärzte kennen „die Möglichkeit überhaupt nicht, sich selbst mit Ideen und Engagement einzubringen.“ Bei Frauke Gundlach ist das anders, sie ist eine der berufspolitisch engagierten jungen Ärztinnen, aktiv im Marburger Bund und Delegierte der European Junior Doctors (EJD). Ihr Statement enthält trotzdem eine Portion Selbstkritik: „Wir müssen vermehrt junge Kollegen einbeziehen, wir müssen ihnen vermitteln, was die Selbstverwaltung für uns tut.“

Um genau das, um Sinn und Zweck, Aufgaben, Probleme und derzeitigen Zustand des Engagements für den eigenen Berufsstand drehte sich an diesem schönen Juniabend in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt alles. Das „Forum Wissen & Gesundheit“ des Marburger Bundes (MB) hatte zu einer Diskussionsveranstaltung geladen. Thema: „Ärztliche Selbstverwaltung“, selbstironischer Untertitel: „Die organisierte Ärzteschaft – selbstverwaltet, selbstvertreten oder selbstverliebt?“

„Zur Selbstverwaltung gehört auch die Selbstdarstellung“, sagte dort Peter Bobbert, Vorstandsvorsitzender des Landesverbands Berlin/Brandenburg des Marburger Bundes und ÄKB-Vorstandsmitglied. „Wir müssen uns schließlich bemühen, auch in Zukunft genug Freiwillige für diese Arbeit zu finden.“ Schon im Medizinstudium müsse den zukünftigen Ärzten Wissen darüber vermittelt werden, welche Aufgaben Kammer und Gewerkschaft haben.

Für den Nachwuchs, den es für ein berufspolitisches Engagement zu gewinnen gilt, hat die Ärztekammer Berlin den Arbeitskreis „Junge Ärzte“ eingerichtet.



Diskutierten selbstkritisch: Harald Mau, Günther Jonitz, Rolf Dieter Müller, Peter Bobbert und Florian Lanz.

„Die Phase als junger Arzt in der Weiterbildung ist allerdings schnell vorbei, wenn sie auch prägend wirkt“, sagte Kammerpräsident Günther Jonitz. Welche Fragen begleiten die Ärzte, wenn sie in die mittleren Jahre ihres Berufslebens kommen? Und welche Fragen haben schon Studenten und Studentinnen der Medizin, wenn sie sich diese Zukunft ausmalen? „Die wenigsten Studierenden haben Angst, dass sie später zu wenig verdienen“, erklärte Katharina Kanthak, die sich in der Fachschaftsinitiative der Charité engagiert. „Was sie abschreckt, sind eher die Arbeitsbedingungen, die auf sie zukommen.“ Einsparungen und Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern kollidieren hier mit dem immer nachdrücklicher werdenden Wunsch nach

aufzugreifen“, so fasste es Armin Ehl vom MB-Bundesverband griffig zusammen.

In der Diskussionsrunde war aber schnell klar, dass es auch zu den Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung gehört, über Geld zu sprechen. Der Streik der Ärzte bei Vivantes, wo es inzwischen zu einer gütlichen Einigung gekommen ist, bot schließlich aktuelles Anschauungsmaterial zum Thema. Neben Ungleichheiten bei der Bezahlung von Klinikärzten – merklichen Gehaltsunterschieden zwischen den Krankenhausträgern, aber auch einem großen Gefälle innerhalb der Häuser selbst – wird dabei auch immer wieder die Honorarverteilung zwischen den einzelnen Fachgruppen im niedergelassenen Bereich zu diskutieren sein, darüber waren sich alle Anwe-

senden einig. Moderator Rolf Dieter Müller, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der AOK Berlin und derzeit Berater in der Gesundheitswirtschaft, sprach die aktuelle Kontroverse zwischen Haus- und Fachärzten an. Kammerpräsident Jonitz forderte inhaltliche Kriterien bei der Verteilung der Honorare. Leider fehlte in der Runde die Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigung, da Angelika Prehn, Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, kurzfristig hatte absagen müssen.

Ärztliche Selbstverwaltung muss aber ohnehin weit mehr beherrschen als die Kunst, einen Kuchen unter den Mitgliedern des eigenen Berufsstands gerecht zu verteilen, das wurde an diesem Abend immer wieder deutlich. Harald Mau, Ehrenvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes und ÄKB-Vorstandsmitglied, forderte: „Wir brauchen Instanzen, die sich mit der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und des Staates auseinandersetzen.“ Der Staat selbst, darin waren sich alle einig, kann das nicht leisten. Seit er den Begriff Subsidiarität nach der Wende zum ersten Mal gehört habe, sei er davon begeistert, gestand Mau.

Etwas Wasser in diesen Wein goss als Vertreter der Krankenkassen Florian Lanz, Pressesprecher des GKV-Spitzenverbandes: Er wies darauf hin, dass es mit dem Prinzip der Selbstverwaltung immer wieder zu Spannungen zwischen „legitimen Partikularinteressen und Gemeinwohl“ kommen könne. Provokant fragte er in Richtung Ärztekammer: „Kann es im 21. Jahrhundert noch so sein, dass eine Standesorganisation festlegt, wie Organe verge-

ben werden?“ Lanz kritisierte zudem, dass es bei Medizinern wie Politikern zu wenig Bereitschaft zur Veränderung gebe. So halte sich bei allen hartnäckig ein idealisiertes Bild der Einzelpraxis und die Politik nehme ihre Verantwortung für die Krankenhäuser nicht ausreichend wahr.

### Historische Tradition

Jonitz erinnerte an die lange historische Tradition, in der die ärztliche Selbstverwaltung steht: Der Große Kurfürst Friedrich Wilhelm I. erließ im Jahr 1685 das Preußische Medizinaledikt, das zur Einrichtung des „Collegium Medicum“ führte, eines Gremiums, das die Berufstätigkeit von Ärzten und anderen Heilern kontrollierte. Der Monarch legte damit eine erste Grundlage für die „Verkammerung“ der Berufe, für die Selbstverwaltung und speziell bei den Ärzten – auch für den Schutz der ihnen anbefohlenen Kranken. „Das Prinzip, das dahinter steht, ist richtig klasse“, befand Jonitz. Heute heiße die Aufgabe, international verständlich ausgedrückt: „Guiding Doctors, Protecting Patients“. Womit das Stichwort Qualitätssicherung in die Debatte eingeführt war. Die ärztliche Selbstverwaltung müsse alle Instrumente nutzen, die ihr an die Hand gegeben seien, forderte Mau. Und die anderen Berufsgruppen? „Ich habe manchmal den Eindruck, dass die Ärzteschaft sich nicht als ein Teil, sondern als *das* Gesundheitssystem betrachtet“, sagte Lanz.

Selbstverwaltet, selbstvertreten, oder doch allzu selbstverliebt? Immerhin entstünden 80 Prozent der Kosten im Gesundheitssystem durch Entscheidungen

von Ärzten, gab der Kammerpräsident zu bedenken. „Das gefährlichste Instrument im Gesundheitssystem ist der Stief des Arztes.“ Und der Beruf biete durchaus Verführungen zur narzisstischen Selbstüberschätzung: „Man muss charakterlich sehr gefestigt sein, um sich angesichts des Arzt-Patient-Verhältnisses nicht ab und zu als der King zu fühlen.“ Selbstkritisch zu sein und zu bleiben, stünde der Ärzteschaft also auf jeden Fall gut an.

In seinem kleinen Eingangsvortrag hatte Günter Stock, Präsident der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, in deren schönem Gebäude am Gendarmenmarkt die Veranstaltung stattfand, eine weiteres Attribut hinzugefügt: Selbstverantwortlich. Die Übernahme von Verantwortung für andere müsse durch ethische Grundsätze für das eigene Handeln fundiert sein, so Mediziner Stock.

Alles in allem ein anregender Abend, mit dem Marburger Bund und Berliner Ärztekammer die „stillen Kämmerchen“ der Gremienarbeit weit öffneten. Nicht ohne die Werbetrommel für diese Arbeit zu rühren: „Wer einigermaßen neugierig ist und wissen will, was die Welt im Innersten zusammenhält, der wird in der Selbstverwaltung viel Spaß haben“, versicherte Jonitz zum Abschied. Es klang glaubhaft.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

# Zwischen Qualität und Ökonomie

## Hauptstadtkongress 2014

Auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress konnten die Besucher wieder nach eigenen Interessenlagen aus einer Vielzahl von Veranstaltungen auswählen. Große Beachtung fand dabei eine Podiumsdiskussion am Eröffnungstag, an der zwei Vorstandsmitglieder der Ärztekammer Berlin aktiv beteiligt waren. Der Raum M3 im City Cube Berlin, wo der Hauptstadtkongress in diesem Jahr erstmals stattfand, war daher gut gefüllt, als die illustre Runde von Fachleuten die Situation von leitenden Klinikärzten im Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie unter die Lupe nahmen. Die Highlights der Veranstaltung sollen hier exemplarisch vorgestellt werden.

Von Sascha Rudat

„Ohne Ökonomie geht's nicht“, erklärte zum Einstieg Andreas Tecklenburg, Vizepräsident der Medizinischen Hochschule Hannover, und verwies darauf, dass es auch in der Vergangenheit nie unbegrenzte Ressourcen in der medizinischen Versorgung gegeben habe. Die Einführung des Fallpauschalensystems (DRGs) vor rund zehn Jahren habe dem deutschen Gesundheitssystem grundsätzlich gut getan, da die ökonomische Ebene in den Kliniken erstmals deutlich sichtbar geworden sei, so seine Einschätzung. Allerdings gebe es einige grundlegende Problembereiche: So seien die Renditeerwartungen mancher Klinikträger im System nicht vorgesehen, so dass der daraus entstehende Differenzbetrag anderweitig erwirtschaftet werden müsse. Außerdem werde der tatsächlich betriebene Aufwand der Kliniken nicht adäquat in den DRGs abgebildet: „Das ist ein großer Stressfaktor für Chefarzte.“

Clemens Guth, Geschäftsführer der Artemed-Gruppe, nannte die DRG-Einführung in Deutschland ebenfalls einen richtigen Schritt. Allerdings sollte die Ökonomie das Ergebnis guter Leistung sein. „Wenn die Qualität steigt, stimmt auch der wirtschaftliche Erfolg.“ Kliniken sollten sich daher auf bestimmte Leistungsangebote konzentrieren und diese dann gut machen. Der Gesundheitsökonom Peter Oberender (Universität Bayreuth) blies ins selbe Horn. „DRGs bilden das Geschehen vor Ort in den Kliniken nicht richtig ab“, erklärte er und forderte eine dezentrale Verteilung der Mittel. Die Kliniken sollten regional mit den Kassen verhandeln. Gleichzeitig sprach er sich für umfangreiche Qualitätsmessungen und an eine daran gekoppelte Vergütung aus („Pay for Performance“).

Ein eher pessimistisches Bild beim Thema Qualität zeichnete im Anschluss

ÄKB-Vorstandsmitglied, Werner Wyrwich, Chirurg und Kaufmännischer Leiter des CharitéCenters 13: „Bei uns in Deutschland führt die Ökonomie und nicht die Qualität.“ Zugleich zeigte er sich überzeugt, dass eine strikte Qualitätsorientierung auch wirtschaftlich langfristig zum Erfolg führe. Hierzulande sei das große Problem, dass Qualität von oben gesetzlich geregelt werde und nicht von unten gelebt werden könne. „Qualität zahlt sich in den DRGs nicht aus“, erklärte Wyrwich und verwies außerdem auf die starke Orientierung an der Messung von Prozessqualität. Entscheidend sei aber letztendlich die Ergebnisqualität – und diese müsse bitte schön langfristig erhoben werden. Uniklinikleiter Tecklenburg gab außerdem zu bedenken, dass auch die Indikationsqualität wesentlich stärker in den Fokus gerückt werden müsse. In Deutschland würden viel zu viele falsche Anreize gesetzt. Der Moderator der Runde, Berlins Kammerpräsident Günther Jonitz, fasste anschließend leicht süffisant zusammen: „Halten wir fest, Qualität finden wir alle gut.“

Die muntere Runde nahm sich dann unter Einbeziehung des Publikums noch weitere Problemfelder vor, an denen das deutsche Klinikwesen krankt. Auf der Strukturebene war dies unter anderem das Thema Klinikschließungen, die in den Augen vieler Anwesender an vielen Orten erforderlich seien. Obwohl grundsätzlich notwendig würden Schließungen in jedem einzelnen Fall aber massive Widerstände von Bürgern und Mitarbeitern hervorrufen. Und diese scheuten die betroffenen Lokalpolitiker in der Regel wie der Teufel das Weihwasser. Günther Jonitz wies darauf hin, dass es dazu einiges an Mut und politischen Willens bedürfe, aber mit der richtigen Kommunikationsstrategie auch relativ geräuschlos über die Bühne gehen könne.

Insgesamt wurde das Spannungsfeld zwischen Medizin und Ökonomie gut ausgeleuchtet. Allerdings stand weniger der leitende Arzt im Mittelpunkt der Diskussion als vielmehr das System, in dem er seinem Beruf nachgehen muss.



„Qualität finden wir alle gut.“

Foto: S. Rudat

# Allgemeinmedizin und hausärztliche Versorgung – Was bietet der Modellstudiengang an der Charité?

Von PD Dr. Christoph Heintze und Dr. med. Sabine Beck, Institut für Allgemeinmedizin Charité – Universität Berlin

## Medizinstudium in Deutschland

Die Ausbildung angehender Ärzte erfolgt in der Regel durch Universitätsklinik, die durch eine Vielzahl von Spezialisten die Ausbildung naturwissenschaftlich relevanter Inhalte ermöglichen. So erleben Studierende in ihren vorklinischen und klinischen Studienabschnitten eine Patientenversorgung auf hohem technischen und auch wissenschaftlichen Niveau. Weniger als 0,5 Prozent der Patienten werden aber später auf der Ebene von Universitätsklinikern behandelt.

Viele der universitär ausgebildeten Mediziner werden mit Ende des Medizinstudiums in der ambulanten Medizin arbeiten. Hier sind unter den Fachärzten an erster Stelle die Haus- und Kinderärzte zu nennen. Gerade im Hinblick auf den erwarteten Mangel an Haus- und Kinderärzten wird die Dringlichkeit deutlich, diesen wichtigen Versorgungsbereich Medizinstudierenden sichtbar zu machen.

Durch die Neuorganisation des Medizinstudiums im Rahmen des Modellstudiengangs Medizin der Charité besteht derzeit die Möglichkeit, die ambulante Medizin kontinuierlich in das Curriculum zu integrieren.

## Modellstudiengang der Charité

Seit dem Wintersemester 2010/11 werden alle Berliner Medizinstudierenden in den Modellstudiengang immatrikuliert. Anders als im auslaufenden Regelstudiengang werden im Modellstudien-

gang Medizin vom 1. Semester an neben vorklinischen theoretischen Inhalten auch klinische Kompetenzen vermittelt. Schwerpunkte sind praktische Fertigkeiten, das problemorientierte Lernen, der Inhalt der Wissenschaftsmodule und das begleitende Kommunikationstraining.

Die curriculare Festlegung aller zentralen Lehrinhalte im Modellstudiengang unterliegt einem langen, engagierten Abstimmungsprozess zwischen den durchführenden Abteilungen/Instituten und den einzelnen beteiligten Disziplinen in enger Abstimmung mit dem Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre und evidenzbasierte Ausbildungsforschung (DSFZ). Für die akademische Allgemeinmedizin ist die Einordnung der primärärztlichen Versorgung mit den spezialisierten Fächern eine stetige Herausforderung – so beispielsweise die Bedeutung des abwägenden Vorgehens bei der Diagnostik und der Therapie im Kontext niedriger Prävalenz vieler Erkrankungen. Erwartungsgemäß können sich die universitär-spezialisierten Ansätze von den hausärztlichen Vorgehensweisen unterscheiden.

## Allgemeinmedizinische Vorlesungen und Seminare im Modellstudiengang

An vielen Modulen ist das Institut für Allgemeinmedizin mit Lehrveranstaltungen beteiligt und bringt Inhalte aus der hausärztlichen Perspektive ein. So legt zum Beispiel die Vorlesung „Erkennen

der Bedeutung ärztlicher Haltung für Patientensicherheit und -zufriedenheit“ im ersten Semester einen Schwerpunkt auf die vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Faktoren, die die spätere ärztliche Tätigkeit beeinflussen.

Im zweiten Semester wird die Verantwortung der ambulanten Patientenversorgung im Modul 6 „Mensch und Gesellschaft“ dargestellt. Veranstaltungen zu „Stress und Sucht“ sowie den Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Lebensstilberatung bei Adipositas verdeutlichen das Thema.

Im Modul 18 „Infektion als Krankheitsmodell“ (5. Semester) wird die rationale Antibiotikatherapie in der Hausarztpraxis in einer Vorlesung behandelt. Anhand des praktischen klinischen Vorgehens bei den häufigen Beratungsanlässen Harnwegsinfekt und Angina tonsillaris lassen sich leitlinienbasierte Behandlungsalgorithmen wie zum Beispiel die der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) gut vermitteln. Exemplarisches Lernen findet auch in der Vorlesung „Screening und Prävention von Tumorerkrankungen“ im gleichen Semester (Modul 19, „Neoplasie als Krankheitsmodell“) statt. Medizinstudierenden wird neben dem etablierten ambulanten Screening auch der Umgang mit statistischen Wahrscheinlichkeiten vermittelt. Der Bedarf der ärztlichen Beratung und der Abwägungsprozess beim PSA Screening wird eingehend vertieft.

In der Vorlesung zur „Früherkennung von psychischen Störungen in der Hausarztpraxis“ im Modul 31 „Psychische Erkrankungen“ werden Studierenden die Häufigkeit und die vielfältigen Erscheinungsformen psychischer Störungen vermittelt, die das weiterführende Betreuungsgeschehen festlegen.

Für alle hier nur beispielhaft beschriebenen Lehrveranstaltungen ist es dem Institut für Allgemeinmedizin wichtig, den kranken Menschen und nicht die Krankheit in den Mittelpunkt der ärztlichen Handlungsweise zu stellen.



Lehrärztin mit Studierenden

## Praxistag

Um neben der theoretischen Vermittlung der Allgemeinmedizin bereits frühzeitig einen praktischen Einblick in die ambulante Versorgung zu ermöglichen, absolvieren die Medizinstudierenden im 5. Semester den „Praxistag“. Dieser findet in Haus- oder Kinderarztpraxen in Berlin und im Umland statt. Die vom Institut für Allgemeinmedizin entwickelten und bereitgestellten Lehrmaterialien unterstützen die Lehrpraxen und Studierenden in der Umsetzung der Lernziele. Schwerpunkt ist zunächst die eigenständige symptombezogene körperliche Untersuchung und das praktische Erleben langfristiger Versorgungsstrategien niedergelassener Ärzte. Die Evaluation unter den Studenten zeigt, dass der „Praxistag“ positiv beurteilt wird. Aussagen wie „sehr gute Ergänzung im Studium; auf jeden Fall fortführen“ lassen hoffen, dass der vergleichsweise frühe Kontakt mit der ambulanten Versorgung von Studierenden weiter verfolgt wird.

Insbesondere die 1:1-Betreuung und die Möglichkeit eines individuellen Austauschs mit den Lehrärzten werden geschätzt. Lehrärzte berichten wiederum,

dass die Sichtweisen und Fragen der Studierenden eine Bereicherung für den eigenen Berufsalltag darstellen.

## Blockpraktikum

Wie an allen medizinischen Fakultäten sieht das Curriculum auch für die Berliner Studierenden der Charité im 10. Semester „Blockpraktika“ in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie und in der Allgemeinmedizin vor. In Fortsetzung der Erfahrungen des „Praxistages“ sollen die Studierenden im Blockpraktikum insbesondere die Rolle der Hausarztpraxis in der Primär- und Grundversorgung als erste Anlaufstelle für akute Erkrankungen erleben. Wichtige Aspekte stellen außerdem die Versorgung chronisch Erkrankter sowie die Einordnung der Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen dar.

Auch für dieses Praktikum werden Lernziele formuliert, die für die Studierenden bedeutsam und prüfungsrelevant sind. Die Evaluationen unter den Medizinstudierenden des Regelstudiengangs zeigen, dass die bisher vorgegebene Strukturierung positiv bewertet wird.

Das Konzept des Blockpraktikums wird derzeit für den Modellstudiengang weiter entwickelt. Dabei soll neben dem Erleben der individualisierten und patientenzentrierten Arbeitsweise für die angehenden Ärzte das Verständnis der Schnittstellen einzelner Versorgungsbereiche geschärft werden. Aufgrund der Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Patientenversorgung wird dieses Anliegen zukünftig an Bedeutung gewinnen.

## Praktisches Jahr

Im letzten Ausbildungsjahr besteht die Möglichkeit, neben den Pflichttertialen Innere Medizin und Chirurgie ein Wahltertial in einer allgemeinmedizinischen Praxis zu realisieren. Die Studierenden machen von dieser Möglichkeit zunehmend Gebrauch: Während sich 2006 nur ein Studierender für das neu eingeführte Wahltertial in der Allgemeinmedizin entschieden hat, haben sich im Jahr 2014 bereits 25 Studierende angemeldet. Derzeit sind 20 Lehrarztpraxen in Berlin und Brandenburg für die PJ-Ausbildung akkreditiert.

Das PJ-Logbuch Allgemeinmedizin, das Grundlage für die Erstellung aller weiteren Logbücher für das PJ an der Charité wurde, unterstützt die Strukturierung dieses Ausbildungsabschnitts. In diesem Logbuch werden Lernziele, Checklisten und Möglichkeiten des systematischen Vorgehens hinterlegt. Studierende können zudem den Lernzuwachs während ihrer Tätigkeit in der Praxis kontrollieren.

Ergänzend führt eine wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Allgemeinmedizin und erfahrene Hausärztin Begleitseminare für die Studierenden durch. Diese Treffen dienen der Erweiterung theoretischer Kenntnisse und fördern den fachbezogenen studentischen Austausch. Auch das Vorbereitungsseminar für die anstehende Staatsexamensprüfung wird von den teilnehmenden Studierenden sehr gern angenommen. Bisherige Evaluationen zeigen, dass die Studierenden sowohl die engagierte Betreuung durch die PJ-Lehrärzte

als auch die Begleitseminare sehr positiv bewerten. Aufgrund der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte von 2012 sind die medizinischen Fakultäten ab 2019 verpflichtet, allen Medizinstudierenden die Option für ein Wahlterial Allgemeinmedizin bereitzustellen. Zu vermuten ist, dass das Interesse der Studierenden in den nächsten Jahren weiter wächst.

### Berufsperspektive Hausarzt

Die Vermittlung theoretischer Inhalte in den Seminaren und Vorlesungen und das persönliche Erleben der Vielfalt der ambulanten Versorgung im Praxistag, im Blockpraktikum oder im Praktischen Jahr ermöglicht den Medizinstudierenden, die Grundversorgung komplementär zur spezialisierten universitären Medizin einzuordnen. Da die Studierenden auch Lehrpraxen in Brandenburg für einzelne Lehrformate wählen können, soll bei den Studierenden auch die Vielfältigkeit der Patientenversorgung in ländlichen Regionen angeregt werden.

Interessant ist festzustellen, dass nach einer aktuellen Umfrage an drei bayerischen Fakultäten das Interesse an einer hausärztlichen Tätigkeit unter Studierenden wächst.

Wir gehen davon aus, dass die vermittelten Lehr- und Lerninhalte bei allen Studierenden weitergehendes Interesse für die patientenzentrierte hausärztliche Versorgung weckt.

### Weiterbildungskolleg

Der Beginn der ärztlichen Weiterbildung ist für viele junge Kolleginnen und Kollegen eine Zäsur. Deshalb möchte das Institut für Allgemeinmedizin eine Anlaufstelle für diejenigen der neuen Ärztegeneration sein, die an einer allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung interessiert sind. Auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin müssen unterschiedliche klinische Ausbildungsabschnitte organisiert werden, die mit Arbeitswechseln verbunden sind. Die Weiterbildung wird daher von

vielen als hürdenreich wahrgenommen.

Mit der Initiierung des Weiterbildungskollegs möchte das Institut für Allgemeinmedizin die Berufseinsteiger während der hausärztlichen Weiterbildung langfristig begleiten. Seit Herbst 2013 werden Seminare zu relevanten Themen angeboten, zu denen alle Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) aus der Region Berlin herzlich eingeladen sind. Sie finden 5x/Jahr an einem Mittwochabend statt und sind bisher kostenfrei. Neben Seminaren zu den Themenkomplexen Praxisorganisation und Rechtliches, Prävention, Häufige Beratungsanlässe und Diagnostik/Therapie wird zusätzlich der Kurs „Advanced Life Support“ angeboten. Vorgesehen ist, ein komplettes Curriculum für die 5-jährige Weiterbildungszeit zu entwerfen.

Das Programm und das Anmeldeformular stehen unter <http://allgemeinmedizin.charite.de> zum Download zur Verfügung. Zusätzlich zu dem Seminarangebot bietet das Institut ein Gruppen-Mentoring an. Neben dem informellen Austausch und der Möglichkeit der Vernetzung zwischen den ÄiW werden Themen vertieft, die sich auf die individuellen beruflichen Karrierewege der Teilnehmer beziehen.

### Ausblick

Bildet das Curriculum des Modellstudiengangs der Charité nun ausreichend allgemeinmedizinische Inhalte

entsprechend ihrer Bedeutung in der Versorgungslandschaft ab? Auf jeden Fall ist positiv, dass die hausärztliche Perspektive in der Lehre zunehmend berücksichtigt wird, was zu einer verstärkten Sichtbarkeit dieses Versorgungsbereichs führt. Deutlich wird aber auch, dass die patientenzentrierte hausärztliche Sichtweise in der universitären Medizin immer wieder vermittelt werden muss.

Durch die vielfältigen Veranstaltungen des Instituts für Allgemeinmedizin und die individuelle Betreuung der engagierten Lehrkräfte können jedoch Grundlagen für das Interesse an der hausärztlichen Versorgung gelegt und die Einstellung zum Fach Allgemeinmedizin positiv beeinflusst werden. Zu hoffen ist, dass auch die beschriebenen Aktivitäten der verzahnten Aus- und Weiterbildung die angehenden Ärztinnen und Ärzte zu einer späteren hausärztlichen Tätigkeit motiviert.

### Danksagung:

Anke Krause sei für die hilfreiche Bearbeitung des Textes gedankt. Allen wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin, insbesondere Gudrun Bayer, Susanne Döpfmer und Felix Holzinger ist für die tatkräftige Umsetzung der hier beschriebenen Ausbildungsformate herzlich zu danken.

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

## Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2014 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Hatice Alkaya	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11.06.14
Dr. med. Philipp Arens	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.05.14
Dr. med. Nabil Atassi	FA Urologie	06.05.14
Sven Barth	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.06.14
Dr. med. Angela Besserer	FA Strahlentherapie	28.05.14
Michael Binkowski	FA Innere Medizin und Pneumologie	14.05.14
Wolf Blaum	FA Anästhesiologie	05.05.14
Dr. med. Gerit Laurentia Bodemann	FA Anästhesiologie	14.05.14
Dr. med. Vinzenz Boos	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.06.14
Mathias Böttcher	FA Radiologie	18.06.14
Selma Boyraz	FA Innere Medizin und Kardiologie	18.06.14
Dr. med. Katrin Brandt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.05.14
Dr. med. Anna Brinck	FA Allgemeinmedizin	17.06.14
Ingo Buchholz	FA Innere Medizin	04.06.14
Stefan Crucean	FA Anästhesiologie	26.05.14
Malgorzata Czekajlo	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.06.14
Dr. med. Julia Daut	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	07.05.14
Dian Ambarwati	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11.06.14
Philipp Dietz	FA Innere Medizin	04.06.14
Dr. med. Christian Döring	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	06.05.14
Dr. med. Susanne Dörr	FA Innere Medizin	14.05.14
Dr. med. Dietke Buck	FA Kinder- und Jugendmedizin	04.06.14
Tatjana Egorova	FA Allgemeinmedizin	13.05.14
Dr. med. Sefer Elezkurtaj	FA Pathologie	19.05.14
Dr. med. Dirk Englisch	FA Arbeitsmedizin	04.06.14
Priv.-Doz. Dr. med. Hans-Jörg Epple	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	21.05.14
Dr. med. Kerem Erekul	FA Innere Medizin	04.06.14
Anna Erk	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11.06.14
Nicole Ernst	FA Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie	15.05.14
Dr. med. Lope Estévez Schwarz	FA Viszeralchirurgie	20.05.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Shalah Faraj	FA Kinder- und Jugendmedizin	07.05.14
Kira Flemming	FA Anästhesiologie	05.05.14
Dr. med. David Fuchs	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.05.14
Dr. med. Dominik Geisel	FA Radiologie	24.06.14
Dr. med. Tonia Greiner	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	07.05.14
Dr. med. Carolin Gutjahr	FA Allgemeine Chirurgie	03.06.14
Dr. med. Shareef Hajjaj	FA Neurochirurgie	19.06.14
Tina Hanke	FA Innere Medizin	21.05.14
Dr. med. Anne Hantsch	FA Psychiatrie und Psychotherapie	05.06.14
Dr. med. Judith Hebinck	FA Innere Medizin und Nephrologie	11.06.14
Dr. med. Florian Hentschel	FA Innere Medizin	18.06.14
Katharina Hoernicke	FA Allgemeinmedizin	13.05.14
Cordula Honert	FA Innere Medizin	21.05.14
Dr. med. Till Jacobi	FA Innere Medizin	14.05.14
Vivian Mery Jensen-Blunk	FA Augenheilkunde	11.06.14
Dr. med. Julia Charlotte Jesse	FA Innere Medizin	14.05.14
Dr. med. Anna Kamphues	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.06.14
Sandra Kassin	FA Urologie	06.05.14
Dr. med. Claudia Kern	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.05.14
Dr. med. Lutz Ketteler	FA Pathologie	12.05.14
Julian Klein	FA Augenheilkunde	11.06.14
Manuela Knappe	FA Allgemeinmedizin	13.05.14
André Knop	FA Gefäßchirurgie	24.06.14
Dr. med. Steffen Knopke	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.05.14
Leonid Korostashevskyy	FA Allgemeinmedizin	20.05.14
Dr. med. Birte Krutz	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.06.14
Artur Kuczanski	FA Anästhesiologie	16.06.14
Dr. med. Dagmar Kühnhardt	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	28.05.14
Stephan Dominik Kurz	FA Anästhesiologie	26.05.14
Katrin Lang	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	07.05.14
Dr. med. Karsten Langenberger	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	21.05.14
Dr. med. Franziska Legler	FA Anästhesiologie	16.06.14
Dr. med. Stephanie Lehmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	04.06.14

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Maria-Cristina Leichsering	FA Allgemeine Chirurgie	20.05.14
Dr. med. Nadja Lewin	FA Viszeralchirurgie	20.05.14
Dr. med. Vanessa Maerz	FA Innere Medizin	18.06.14
Dr. med. Dimitri Mariaskin	FA Allgemeine Chirurgie	24.06.14
Gil Mendez Bencomo y Sharkey	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	07.05.14
Anja Metschurat	FA Urologie	06.05.14
Dr. med. Manuel Moscovici	FA Radiologie	07.05.14
Dr. med. Tobias Mühlbacher	FA Kinder- und Jugendmedizin	04.06.14
Dr. med. Anja Neugebauer	FA Kinderchirurgie	03.06.14
Michaela Niebank	FA Innere Medizin	04.06.14
Dr. med. Alexander Opri	FA Viszeralchirurgie	24.06.14
Dr. med. Claus-Eric Ott	FA Humangenetik	12.06.14
Paris Papakostas	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	30.06.14
Andrea Pietschmann	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	05.06.14
Dr. med. Dennis Porz	FA Neurologie	17.06.14
Dr. med. Frauke Pult	FA Radiologie	07.05.14
Dr. med. Stefanie Reuß	FA Neurologie	27.05.14
Marcel Richter	FA Anästhesiologie	05.05.14
Dr. med. Anja Rieger	FA Pathologie	12.05.14
Sebastian Rohde	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.14
Dr. med. Sophie Rohr	FA Allgemeinmedizin	20.05.14
Dr. med. Titus Mbah Sabi	FA Kinder- und Jugendmedizin	21.05.14
Dr. med. Miriam Safak	FA Allgemeinmedizin	17.06.14
David Schediwvy	FA Viszeralchirurgie	24.06.14
Dr. med. Mathias Schettle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.14
Friedemann Schmidt	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	30.06.14
Chantal Florence Scholl	FA Neurologie	17.06.14
Martin Schomaker	FA Allgemeine Chirurgie	03.06.14
Wiebke Schrader	FA Innere Medizin	21.05.14
Björn Schweiger	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.06.14
Dr. med. Andrea Schwendy	FA Innere Medizin und Pneumologie	14.05.14
Dr. med. Olga Simova	FA Neurologie	17.06.14
Michaela Skrock	FA Allgemeinmedizin	17.06.14
Nina Steinhoff	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11.06.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Marc Strathmann	FA Innere Medizin und Nephrologie	11.06.14
Axel Strupat	FA Innere Medizin	04.06.14
Tobias Hannes Sudhoff	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.05.14
Dr. med. Eun Kyung Suk	FA Humangenetik	12.06.14
Dr. med. Claudia Sulser	FA Kinder- und Jugendmedizin	07.05.14
Frederike Svehla	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.06.14
Dr. med. Ali Talebi	FA Urologie	11.06.14
Brian Thiede	FA Anästhesiologie	16.06.14
Dr. med. Michael Thomae	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.14
Arne Tiedtke	FA Allgemeinmedizin	13.05.14
Dr. med. Dietmar Trautmann	FA Radiologie	18.06.14
Dr. med. Carolyn Twardy	FA Anästhesiologie	14.05.14
Lars Uhlmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.14
Antonia Ukrow	FA Radiologie	07.05.14
Dr. med. Wolfgang Utz	FA Innere Medizin und Kardiologie	07.05.14
Dr. med. Maria Vergoulidou	FA Innere Medizin	18.06.14
Dr. med. Bernd Olaf Vollberg	FA Radiologie	18.06.14
Dr. med. Karl von Randow	FA Augenheilkunde	11.06.14
Dr. med. Christoph von Sonnleithner	FA Augenheilkunde	11.06.14
Dr. med. Susanne Vonberg	FA Innere Medizin	14.05.14
Dr. med. Antje Elisabeth Maria Wagner	FA Anästhesiologie	05.05.14
Johanna Warnecke	FA Urologie	11.06.14
Dipl.-Phys. Dr. med. Peter Warnick	FA Viszeralchirurgie	20.05.14
Hossai Willis	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.05.14
Alexander Witting	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.06.14
Dr. med. Karolina Wohlan- Niemeyer	FA Innere Medizin	18.06.14
Dr. med. Carsten Zarleng	FA Innere Medizin	21.05.14

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

Berliner Ärzte auch im Internet:

**www.berliner-aerzte.net!**



# Behandlungsfehlerstatistik: Zur Skandalisierung bedingt geeignet

Mit Spannung wird von den Hauptstadtjournalisten jedes Jahr die Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen durch die Bundesärztekammer erwartet. Gerne wurde dann in der Vergangenheit schnell mal aus einer leichten Zunahme der Behandlungsfehlervorwürfe auf eine massive Erhöhung der Behandlungsfehler geschlossen – und das nicht nur von den Boulevardmedien. Erfreulicherweise ist die Berichterstattung in diesem Bereich inzwischen wesentlich sachlicher geworden. Die diesjährige Statistik eignete sich auch denkbar schlecht zur Skandalisierung.

Die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe lag 2013 mit 12.173 Anträgen knapp unter dem Vorjahresniveau. In 7.922 Fällen wurden Gutachten erstellt. Dabei stellten die Gutachter in 2.243 Fällen einen Fehler fest, in 379 ohne Kausalität und in 1.864 Fällen mit Kausalität. Das entspricht einer Anerkennungsquote auf Bundesebene von 28,3 Prozent (2012: 29,4 Prozent). Die Verteilung zwischen niedergelassenem Bereich (26,8 Prozent) und Krankenhausbereich (73,2 Prozent) sowie innerhalb der Fachgruppen (die meisten festgestellten Behandlungsfehler gab es im Bereich der Unfallchirurgie und der Orthopädie) brachte keinen neuen Erkenntnisgewinn.

Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer, machte in der Pressekonferenz am 23. Juni als Ursache von Behandlungsfehlern auch den immer größer werdenden Behandlungsdruck, unter dem sich Ärztinnen und Ärzte befinden, verantwortlich. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass es eine Fülle von Ursachen für Behandlungsfehler gibt und betonte mit Blick auf die anwesenden Journalisten: „Behandlungsfehler in der Medizin sind nicht mit Ärztepfusch gleichzusetzen.“ Nicht jeder therapeutische Misserfolg sei zudem ein Behandlungsfehler. „Es gibt Fälle, da sind wir

buchstäblich mit unserem Latein am Ende. Wenn dann ein Behandlungsfehler auftritt, ist er nicht selten Teil verschiedener unvermeidbarer Komplikationen, die dann zu einem unerwünschten Gesamtergebnis der Behandlung führen.“ Im Anschluss machte Walter Schaffartzik, Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern (an der auch die ÄKB beteiligt ist), an einem Beispielfall die komplexe Gutachtenerstellung sehr anschaulich.

## Wie sieht die Lage in Berlin aus?

Von der Gesamtzahl der bei der Schlichtungsstelle anhängigen Fälle aus Berlin konnten im vergangenen Jahr 520 abschließend bearbeitet werden, 209 hiervon wurden wegen Nichtzuständigkeit abgelehnt oder vom Antragsteller zurückgenommen. Von den verbliebenen 311 begutachteten Fällen wurden 97 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 214 Fällen wurde die Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgelehnt. 457 Fälle aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin konnten im Berichtsjahr von der Schlichtungsstelle nicht abschließend bearbeitet werden, sodass diese mit in dieses Jahr übernommen wurden.

srd

## Berliner Behandlungsfehlerstatistik 2009 – 2013\*

	2009	2010	2011	2012	2013
Bestand aus dem Vorjahr	471	439	474	460	416
Neueingänge	512	589	549	484	561
Erledigungen	544	554	563	528	520
Ablehnung wg. Nichtzuständigkeit, Antragsrücknahme, Widerspruch etc.	208	223	223	197	209
begutachtete Fälle	336	331	340	331	311
davon Vergleich (Schadenersatzansprüche)	91	91	117	92	97
Behandlungsfehlerquote bei den begutachteten Fällen	27,08%	27,49%	34,41%	27,79%	31,19%
kein Nachweis für schuldhaften Behandlungsfehler	245	240	223	239	214

\*auf Basis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen untersuchte Fälle.

# „Gestatten Sie, dass ich liegen bleibe“:

## Ungewöhnliche Grabsteine – Eine Reise über die Friedhöfe von heute

Zwei Soziologen haben über 560 Friedhöfe im deutschsprachigen Raum besucht: Dr. Thorsten Benkel und Matthias Meitzler M.A. Ihr wissenschaftliches Forschungsfeld ist die Verbindung von Tod und Gesellschaft. Das gemeinsame Buch „Gestatten Sie, dass ich liegen bleibe“, erschienen bei Kiepenheuer & Witsch, zeigt eine Auswahl aus insgesamt 34.000 Fotos von Gräbern, Grabsteinen und Inschriften. „Nur tiefergelegt“, „Der Tag ist gerettet“ oder „Die Jagd ist zu Ende“ und „Lasst die nächste Revolution in einem August beginnen“ – Benkel und Meitzler staunen über ergreifende, überraschende und rätselhafte Funde. Dr. Thorsten Benkel (37), Universität Passau, traf sich mit BÄ-Autorin Ulrike Hempel zum Gespräch auf dem „Jerusalemsfriedhof“ in Berlin-Kreuzberg.

**Benkel:** Hier liegen der „Dreifaltigkeitsfriedhof“, der „Werder’sche“ und der „Jerusalemsfriedhof“ direkt beieinander. Es gehört zu den Besonderheiten Berlins, auf einem Areal mehrere Friedhöfe zu haben. Das ist für uns beim Katalogisieren manchmal eine Herausforderung, fällt dem Besucher aber vielleicht gar nicht so sehr auf. Für unser Projekt ist das Bemerkenswerte an Berlin die starke Individualisierung der Gräber im Vergleich zu anderen Städten. Wer ungewöhnliche Gräber sehen möchte, der muss nach Berlin kommen. Hier gibt es aus unterschiedlichsten gesellschaftlichen und sozialen Gründen ein großes Interesse, Individualität darzustellen. Das hängt vermutlich auch mit der exponierten Stellung der Stadt – politisch, geografisch, künstlerisch – zusammen. Das zeichnet sich in der Bestattungskultur ab. Berliner sind Vorreiter darin, Grabstätten ganz eigenwillig zu gestalten. Eigenwillig heißt hier: Rückblick auf das Leben, biografisch gestaltet. Nicht die klassische, traditionelle Zukunftsaussicht im Sinne von „Wir sehen uns im Himmel wieder“, wie sie auf Dorffriedhöfen noch häufig verbreitet ist. In Berlin zeichnete sich der neue Trend früh, also etwa seit den 60er Jahren, ab. Hier machen wir unsere interessantesten Funde.

**BÄ:** Woran denken Sie da konkret?

**Benkel:** Jemand stirbt. Er hat es zu Lebzeiten schon antizipiert und dafür gesorgt, in der Friedhofsmauer begraben zu werden. Das ist eigentlich nur möglich, wenn man sich alte Grabstätten kauft und sich dann dort beisetzen lässt; ansonsten bleibt allenfalls eine (frei stehende) Urnenwand. An der Grabwand prangt ein Foto dieser Person mit dem Sarg, den sie sich ausgesucht hat und in dem sie mittlerweile liegt. Umgeben ist das Foto mit Sprüchen über das Leben des Verstorbenen. Aus der Provinz nach Berlin gekommen, lebte er in Berlin, war politisch engagiert, schrieb Bücher, die mit Titeln aufgeführt sind. Ein sehr eigenwilliges Grab. Ein anderes ist mit einer Art Schaukasten geschmückt. Mit Dokumenten des Lebens: die Doktorurkunde, Eintrittskarten von Konzerten, Vereinsmitgliedschaften und Zitate, die die Person liebte.

Ein anderes Grab hat keinen Stein, sondern besteht aus einem Setzkasten, der aus verschiedenen Würfeln besteht, in die verschiedene Lebensstationen der Person eingraviert sind. Dieser Kasten lässt sich von den Hinterbliebenen bewegen und variieren.



Dr. Thorsten Benkel auf dem „Jerusalemsfriedhof“ in Berlin-Kreuzberg.

**BÄ:** Wie kam es zu Ihrer Projektidee?

**Benkel:** Ich habe als Dozent vor einigen Jahren ein Seminar zum Thema „Tod und Gesellschaft“ an der Goethe-Universität in Frankfurt angeboten. In dem eher theoretisch angelegten Seminar empfahl ich den Studenten, doch auch mal mit soziologischem Blick auf den Friedhof zu gehen. Mit einem Studenten bin ich dann gemeinsam auf den Friedhof gegangen. Dieser Student ist heute mein Co-Autor Matthias Meitzler, der bei mir auch seine Magisterarbeit über „Vergänglichkeit“ geschrieben hat. Wir haben zusammen ein Forschungsprojekt zum Umgang der modernen Gesellschaft mit der Sterblichkeit entwickelt – und ein Schwer-

punkt davon ist der Wandel der Bestattungskultur. Wichtig ist für uns insbesondere die Frage, wie aus dem Tod Sinn gebildet wird. Müsste man die Sinnlosigkeit des Todes akzeptieren, wäre das schwierig. Die Religion hat den Tod immer mit Sinn aufgeladen; das ist für die Soziologie klassischer Weise die Funktion von Religion. Säkularisierung, Globalisierung und andere Trends sorgen mittlerweile jedoch dafür, dass die Religion nur noch ein Sinnangebot unter vielen ist. Heute suchen Menschen andere Wege, subjektiv, autonom. Wir haben zu diesem Thema bereits zwei wissenschaftliche Bücher veröffentlicht: „Die Verwaltung des Todes. Annäherungen an eine Soziologie des Friedhofs“ (2012) und „Sinnbilder und Abschiedsgesten. Soziale Elemente der Bestattungskultur“ (2013). Aber wir wollten auch zeigen, wie originell Hinterbliebene, aber auch Verstorbene noch zu ihren Lebzeiten mit dem Tod umgehen. Das zeigt sich insbesondere an den Grabstätten. Neulich habe ich hier in der Berliner Region eine Grabinschrift gefunden: „Von meinem Erschaffenen bekommt ihr nichts!“. Das ist doch bemerkenswert, dass mittlerweile das, was wir private Poesie nennen, der Abschiedsgruß eines Menschen ist.

*BÄ: Warum wollen sich Menschen ungewöhnlich bestatten lassen?*

**Benkel:** Das betrifft ja nicht nur die Begräbnisstelle, sondern auch die Bestattungsfeier. Warum soll der Sarg mit der Harley angekarrt werden? Warum soll die Star Wars-Titelmusik laufen? Es ist eine Entwicklung der Moderne, dass Menschen bereit sind,

den eigenen Tod nüchtern zu denken. Im Mittelalter war der Tod allgegenwärtig, Historiker sprechen vom „gezähmten“ Tod. Dann gibt es die lange Phase des medizinischen Fortschritts, in der der Tod immer weiter wegrückt und angstbesetzt wird. Das ist in der Neuzeit immer noch ein Gefühl, dass dem Tod entgegengebracht wird. Und jetzt haben wir diesen gegenläufigen Trend hin zu einem durchaus rationalen Umgang: Ja, ich werde sterben. Wir haben das im Hospiz untersucht. Was bleibt denn von mir? Das ist heute eine entscheidende Frage. Und deshalb werden Grabinschriften, Grabgestaltung etc. interessant, denn so hat der Mensch die Möglichkeit, sich zu zeigen und zu präsentieren, wie er war oder wie er sein wollte. Bestattungskultur wird also zunehmend zur Bühne einer Inszenierung, so wie das soziale Leben ja immer schon ein Spiel mit Rollen und Masken ist. Bei zeitgenössischen Gräbern fällt nichts raus: die sexuelle Einstellung, die Familienbeziehung, das Hobby, das Lebensmotto, der Habitus. Der Haupttrend in den letzten 20 Jahren ist die Abbildung des Körpers, etwa durch Fotografien und Statuen. Es gibt tatsächlich den Verstorbenen als Fußballer im Dress, mit Ball und dem Pokal in der Hand. Das ist für Menschen auch deshalb attraktiv, weil die Gesellschaft auch einen Zwang zur Individualisierung ausübt. Die Soziologie geht vom Leben in einer „Risikogesellschaft“ aus, in der man sich seine Stellung selbst erbasteln muss, und in der es dennoch für jeden nach oben oder nach unten gehen kann. Durch Grabgestaltung kann man für Jahrzehnte „festmeißeln“, wofür einer stand.

*BÄ: Haben Sie – unabhängig von der wissenschaftlichen Distanz – auch über Ihre Grabgestaltung nachgedacht?*

**Benkel:** Am Anfang haben Matthias Meitzler und ich uns darüber überhaupt keine Gedanken gemacht. Wir liefen über die Friedhöfe, das war für uns ein Forschungsfeld. Irgendwann, so ab dem 25. Friedhof, wird einem bewusst, dass man dann irgendwann auch mal auf einem Friedhof liegen wird. Ab Friedhof 100 fragt man sich, was man eigentlich noch nicht gesehen hat. Ich hatte schon mal Ideen für die Gestaltung meines eigenen Grabes, die verwerfe ich aber immer wieder. Heute denke ich so, morgen denke ich so. Es wäre aber generell sinnvoll, eine Vorstellung zu haben. Wir stellen immer wieder fest, dass die meisten sich zu wenige Gedanken über ihre Bestattung machen. Insofern oszilliere ich zwischen besserem Wissen und Unschlüssigkeit. Meitzler sagt, er möchte etwas Originelles haben, aber letztlich liegt das in der Hand der Angehörigen, denn wir können nicht wissen, wie die Erinnerung an uns aussehen wird. Die Grabstätte ist nur ein Aspekt, Erinnerungskultur geht noch viel weiter.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel.

**Thorsten Benkel, Matthias Meitzler:**  
**Gestatten Sie, dass ich liegen bleibe: Ungewöhnliche Grabsteine – Eine Reise über die Friedhöfe von heute,**  
 Kiepenheuer & Witsch, Köln (2014),  
 Taschenbuch, ISBN: 978-3-462-04608-3,  
 Euro 8,99 (D)

## Ein Haus für „Außenseiterkunst“

In Berlin soll ein „Haus für Außenseiterkunst“ entstehen. Intensiv und dauerhaft bemühen sich darum Ärzte, meist Psychiater, Kunsthistoriker, Künstler und Kunstprofessoren: Sie gründeten den Verein „Außenseiterkunst in Berlin e.V.“. Das Haus hätten sie schon, ein früheres, jetzt denkmalgeschütztes Maschinenhaus nahe der Schlosspark-Klinik. Es fehlen nur noch die Sponsoren für die Umbaukosten.

Aber was meinen sie mit „Außenseiterkunst“? Sind Künstler nicht eo ipso Außenseiter? Die guten sicherlich. Aber der Begriff „Outsider“-Kunst hat sich offenbar international durchgesetzt – für die allem Kunstbetrieb fernen Autodidakten: Kinder, Naive, psychisch Kranke und geistig Behinderte. Vor allem die letzte Gruppe will man wohl mit dem neuen Terminus schonen. Besonders Schizophrenie kann künstlerische Potenzen freisetzen.

In seinem schon 1965 erschienenen Buch „Schizophrenie und Kunst“ schrieb der österreichische Psychiater Leo Navratil, „dass Menschen, die ganz konventionell zu zeichnen pflegen und spontan überhaupt nicht bildnerisch tätig sind, während einer schizophrenen Erkrankung ungewöhnliche und phantastische Gestaltungen hervorbringen“. Beobachten konnte er das durch seine langjährige Tätigkeit in der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gugging. Navratil deutet das künstlerische Schaffen psychotischer Patienten als „Restitutionsversuch innerhalb des Krankheitsgeschehens“. Er spricht zwar von „psychopathologischer Kunst“ – aber von Kunst.

Der Heidelberger Psychiater und Kunsthistoriker Hans Prinzhorn hingegen nannte sein 1922 erschienenes epochemachendes Werk noch „Bildnerie der Geisteskranken“, vermied also den Begriff Kunst, obwohl es ihm zu verdanken ist, dass die Bilder, Plastiken oder auch die lyrischen und Prosa-Texte

nicht mehr nur unter dem Aspekt der Krankheit ihrer Schöpfer gesehen wurden. Prinzhorn erkannte die ästhetischen Qualitäten der Arbeiten einer ganzen Reihe von künstlerisch Begabten unter den Patienten.

Um 1920 herum erweiterte er im Auftrag von Karl Wilmanns, Direktor der Heidelberger psychiatrischen Uni-Klinik, die dort vorhandene Patienten-„Bildnerie“-Sammlung erheblich, indem er andere deutschsprachige „Anstalten“ um kreative Produkte von Insassen für ein geplantes Museum bat – mit großem Erfolg: Die Sammlung wuchs auf etwa 5.000 Objekte an. Das Museum aber ließ auf sich warten. Stattdessen missbrauchten die Nazis die Sammlung zur Diffamierung moderner Künstler durch Vergleich ihrer Werke mit denen von „Idioten“ in der berüchtigten Wanderausstellung „entarteter“ Kunst.

Nach dem Krieg war die weltweit einzigartige Kollektion in ihrem Magazin fast vergessen. Aber sie überlebte – im Unterschied zu vielen der Schöpfer ihrer Objekte. Erst 2001 wurde das lang ersehnte Museum endlich eröffnet, in einem umgebauten Pavillon von 1890, einst Neurologie-Hörsaal. Dort gibt es jährlich drei bis vier Ausstellungen (meist mit wissenschaftlichem Katalog) aus dem reichen Fundus der Prinzhorn-Sammlung. Wie der Berliner Psychiater Wolfram Voigtländer vor Beginn seines faszinierenden Vortrags in der Schlosspark-Klinik über den Außenseiterkünstler Gustav Mesmer und seinen Traum vom Fliegen berichtete, sollen diese Heidelberger Ausstellungen künftig auch nach Berlin wandern – ins Charlottenburger Noch-Traum-„Haus für Außenseiterkunst“.

Der Leiter des Heidelberger Prinzhorn-Museums, der Kunsthistoriker Thomas Röske, ist mit dem Plan sehr einverstanden, wie er BERLINER ÄRZTE versicherte. Und er kündigte (quasi als Appetizer) für den November eine Ausstellung von

etwa 120 Objekten aus der Prinzhorn-Sammlung im Charlottenburger Museum Scharf-Gerstenberg an.

Beide, Voigtländer und Röske, sind im Vorstand des Vereins „Außenseiterkunst in Berlin e.V.“. Den Vorsitz hat Leonie Baumann, Leiterin der Kunsthochschule Weißensee. Karin Dannecker, dort Professorin für Kunsttherapie, ist auch im Vorstand, ebenso Uta Buchmann, Pressereferentin der Schlosspark-Klinik und Frauke Baumgarten, Witwe des früheren Geschäftsführers der Klinik sowie Hans Stoffels, Direktor der benachbarten psychiatrischen Park-Klinik Sophie-Charlotte. Sie alle wünschen sich zahlreiche Mitglieder als Mitstreiter!

Rosemarie Stein

*Außenseiterkunst in Berlin e.V.  
Heubnerweg 2a  
14059 Berlin  
Tel.: 32 64 16 62*



*August Natterer (1868 – 1933) Wunder-Hirthe, Sammlung Prinzhorn, Heidelberg*

# BERLINER ÄRZTE

8/2014 51. JAHRGANG

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

**Herausgeber:**

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

**Redaktion:**

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)  
Michaela Peeters, M. A.  
Michaela Braun (Redaktionsassistentin)

**Redaktionsbeirat:**

Dr. med. Svea Keller  
Univ. Prof. Dr. Harald Mau  
Dr. med. Bernd Müller  
Dr. med. Gabriela Stempor  
Julian Veelken  
Dr. med. Thomas Werner  
Dr. med. Elmar Wille

**Anschrift der Redaktion:**

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelgestaltung Sehstern

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

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

**Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:**

Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig  
Telefon 0341 710039-90, FAX -99  
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de  
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe  
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff  
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:  
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin  
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874  
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-  
druckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784

## Wollen Sie eine Anzeige schalten?

Einfach ein Fax an 0341 71003999  
oder eine E-Mail an mb@l-va.de!