

BERLINER



ÄRZTE

02/2015 52. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal

$$\text{Dr (med)} = \sqrt{\text{MH} + \text{B}}$$

Gleichung mit einer Unbekannten

Wie gut sind private Unis?
Zur Debatte um die künftige
Medizinische Hochschule
Brandenburg (MHB)

Ende der „Flüchtlingsmedizin“?



Dr. med. Claudia Wein
ist Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und arbeitet im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge. Zuvor war sie Leiterin der Abteilung Gesundheit in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben im vergangenen Jahr Menschen behandelt, die ärztliche Hilfe brauchten, aber nicht regulär krankenversichert waren – und die meisten werden das letztlich unentgeltlich gemacht haben. Die bestehenden Angebote der Obdachlosenpraxen sind 2014 ja nicht analog zum wachsenden Bedarf ausgeweitet worden, so dass sicherlich Niedergelassene wie auch Krankenhausärztinnen und -ärzte zusätzlich tätig wurden. Das halte ich für eine gute und für eine schlechte Nachricht zugleich.

Die gute Nachricht ist, dass Berliner Ärztinnen und Ärzte still und leise helfen, wenn es nötig ist. Und es ist bestimmt oft nötig gewesen bei geschätzten 12.000 neuen Flüchtlingen im Jahr 2014 in Berlin. Hinzu kommen die etwa 11.000 Berliner Wohnungslosen, von denen die meisten aus verschiedenen Gründen ebenfalls nicht regulär krankenversichert sind. Bei den schweren Belastungen, die viele Flüchtlinge hinter sich haben und den sehr schwierigen Lebensumständen, die den Wohnungslosen zu schaffen machen, gehe ich davon aus, dass etliche von ihnen 2014 ärztliche Behandlung gebraucht haben.

Und die schlechte Nachricht? Trotz des offensichtlichen Bedarfs der Asylbewerber ist es auch 2014 nicht gelungen,

sie in die gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen. Deshalb konnte die Hilfe nur in dem weitgehend unentgeltlichen Einsatz der Berliner Ärztinnen und Ärzte bestehen. Das heißt, wie bisher haben Flüchtlinge nur Anspruch auf medizinische Leistungen bei akuter oder schmerzhafter Erkrankung. Und es bleibt daher auch bei der Regelung, dass sie für geplante Behandlungen zuvor einen Krankenschein bei den bezirklichen Sozialämtern beantragen müssen. Damit sind sie von einem Einzelfallentscheidungsverfahren abhängig. Und wenn sie sich mit ungesichertem Aufenthaltsstatus in Berlin aufhalten, droht ihnen bei der Antragstellung die Abschiebung, da die Sozialämter verpflichtet sind, die Daten in diesen Fällen an die Ausländerbehörde weiterzuleiten.

Deshalb wird der Begriff der Flüchtlingsmedizin auch in 2015 benutzt werden. Ich finde den Begriff schwierig. Einerseits ist der Begriff des „Flüchtlings“ unscharf, und es ist andererseits festzulegen, was alles unter „Medizin“ zu verstehen ist. „Flüchtlinge“ sind Asylsuchende, können aber auch Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus sein oder Menschen aus Süd- oder Osteuropa. Sie können als Asylsuchende immerhin Ansprüche nach

dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder aber als Europäer ohne feste Anstellung oder mit nur geringfügiger Beschäftigung ohne sozialrechtliche Ansprüche sein. Sie können Kinder, junge Erwachsene oder älter, gesund oder akut oder chronisch körperlich oder seelisch krank, männlich oder weiblich sein. Den verschiedenen Bedarfen müssten differenzierte Versorgungsangebote der Medizin gegenüberstehen, die von den verschiedenen an medizinischen Leistungen beteiligten Berufsgruppen erbracht werden: Von Prävention über Akutversorgung, Langzeittherapie bis zur Reha – mit Gesprächen, Therapien, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln, Operationen etc. Aber „Flüchtlingsmedizin“ kann das nicht leisten und bezeichnet eine andere, geringere Versorgungsstruktur, als sie in Deutschland üblich ist. Das, was mit Engagement angesichts der fehlenden Finanzierung aller Leistungen außer der Behandlung akuter oder schmerzhafter Erkrankungen erbracht werden kann, ist sehr wichtig. Aber es kann in vielen Fällen den hohen Standards für die Patientinnen und Patienten mit regulärer Krankenversicherung nicht entsprechen. Damit bleibt es in Deutschland bei einer Diskriminierung von Menschen ohne reguläre Krankenversicherung. Meine Hoffnung ist, dass sich das in 2015 ändert und es dann keine so unterschiedliche Medizin für Versicherte und nicht Versicherte mehr gibt.

Claudia Wein

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Müller, Meyer, Schulze? – Patientenidentifikation in der radiologischen Abteilung

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 24 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.

Folgende Ereignisse aus der Radiologie wurden berichtet:

Bericht 1:

Eine ältere Patientin kommt in die Abteilung und meldet sich zum CT. Allerdings liegt eine Anforderung für einen Röntgen-Thorax vor. Bei der Nachfrage auf der Station wird ‚Röntgen-Thorax‘ bestätigt. Die Patientin trägt kein Namensbändchen, bestätigt aber den erfragten Namen und wird geröntgt. Die Untersuchung ist gerade erfolgt, als die Patientin in der Abteilung eintrifft, die tatsächlich geröntgt werden sollte.

Bericht 2:

Dem älteren Patienten wurde eine CD mit CT-Fremdaufnahmen durch den behandelnden Arzt ausgehändigt. Er sollte sie in der Radiologie des aufnehmenden Krankenhauses einlesen lassen, in das er für einen Eingriff eingewiesen worden war. Der Patient ließ sich in der Ambulanzanmeldung des Hauses dafür einen Anforderungsschein ausstellen. Die CD wurde in der Radiologie auf den Patienten eingelesen. Erst im OP fiel auf, dass die dort aufgerufenen CT-Aufnahmen nicht zur Anamnese und dem klinischen Befund passten. Die Verwechslung hatte glücklicherweise keinen Einfluss auf die Behandlung.

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

Die aktive Identifikation („Wie heißen Sie und wann sind Sie geboren?“) ist immer

sicherer als die passive („Sind Sie Frau/Herr XYZ?“): Es kommt immer wieder vor, dass Patienten auf eine direkte (und freundliche) Ansprache oder Frage bestätigend antworten, auch wenn sie die Ansprache nicht richtig verstanden haben (wegen einer eingeschränkten Hörfähigkeit oder auch, weil sie sprachliche Verständigungsschwierigkeiten haben). Patienten mit bekannten kognitiven Einschränkungen müssen ggf. durch Pflegendes begleitet werden, damit sie z. B. in der Radiologie adäquat identifiziert werden können.

Patientenarmbänder sind mittlerweile in vielen Krankenhäusern im Einsatz. Allerdings wird immer wieder berichtet, dass es dennoch zu Verwechslungen komme bzw. die Armbänder für die Identifikation der Patienten tatsächlich kaum genutzt würden. Das reine Vorhandensein und Anlegen der Armbänder erhöht also nicht die Sicherheit – sie müssen auch konsequent bei allen Prozessen genutzt werden, bei denen die sichere Identifikation notwendig ist. Die sichere Patientenidentifikation ist notwendig

- vor jeder Probenentnahme,
- vor jeder Verlegung, jedem Transport,
- vor jedem diagnostischen oder therapeutischen Eingriff,
- bei jeder Zuordnung von Anforderungsscheinen, Befunden und Bilddaten.

Die Patienten immer wieder nach dem gleichen zu fragen („Wie heißen Sie?“), erscheint vielen Pflegenden und Ärzten ungewohnt. Werden die Patienten nicht misstrauisch oder verunsichert reagieren? Wenn Patienten vorbereitet sind, – weil man ihnen gesagt hat, dass sie mehrmals nach ihrem Namen gefragt werden – müssen Mitarbeiter im Krankenhaus diese Sorge nicht haben. Die Empfehlung des Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) „Sicher im Krankenhaus“ enthält diese und andere Informationen, die Patienten und ihre Angehörigen bei der Krankenhausaufnahme zur Verfügung gestellt werden sollen.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Die Patienten-Identifikation sollte erfolgen, indem man den Patienten aktiv nach dem Namen fragt und dies mit den Informationen auf dem Armband vergleicht.
- Alle Mitarbeiter mit direktem Patientenkontakt müssen zur aktiven Identifikation geschult werden. Dabei kann auch die Empfehlung des APS zur sicheren Patientenidentifikation eingesetzt werden (im Flyer-Format unter http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuer-Redakteur/PDFs/Handlungsempfehlungen/Patientenidentifikation/Flyer_Handlungsempfehlung_Patientenidentifikation.pdf).
- Patienten sollten bei der Krankenhausaufnahme auf diese Identifikationsmaßnahmen als wichtige Sicherheitsmaßnahmen hingewiesen werden.
- Insbesondere Anforderungsscheine, Bildaufnahmen und Befunde müssen mit den Kerndaten des Patienten (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, ggf. Fallnummer) bei Erhalt abgeglichen werden.

Beide Fälle können Sie auch unter den Nummern 111664 und 111907 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

Kontakt:

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



Private medizinische Hochschulen – Auf dem Weg zur Zwei-Klassen-Ausbildung?



Sind Privatunis ein gangbarer Weg bei der Mediziner Ausbildung? Es gibt viele warnende Stimmen. In unmittelbarer Nähe zu Berlin ist gerade die Medizinische Hochschule Brandenburg an den Start gegangen. Was ist zu erwarten?

Von Eugenie AnkowitschSeite 14

GASTKOMMENTAR	Medizinisches Wissen im Wettbewerb Virchow Contest für Studierende der Charité Von Raimund Senf28
Ende der „Flüchtlingsmedizin“? Von Claudia Wein3	Abrechnungsfähigkeit nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen und Praxisassistenten Fortbildungsangebote der Ärztekammer Berlin29
BERLINER ÄRZTE <i>aktuell</i>	Massenbehandlung mit Statinen BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal32
BUNDESINSTITUTE	FORTBILDUNG
Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland Informationen des Robert Koch-Instituts11	Sicherer verordnen10
BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK	Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 22
Neuer Kammervorstand gewählt Bericht von der Delegiertenversammlung am 21. Januar 2015 Von Sascha Rudat21	CIRS Berlin: Der aktuelle Fall4
Neue Berufsordnung in Kraft getreten25	PERSONALIEN
Einführung des neuen Leichenschauscheins Von Michaela Peeters.....26	Bestandene Facharztprüfungen November/Dezember 201430
	Zum 75. Geburtstag von Volkmar Schneider34

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Seit dem 01. Januar 2015 ist Prof. Dr. med. Christian von Heymann neuer Chefarzt der operativen Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin sowie der hyperbaren

Sauerstofftherapie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Prof. von Heymann studierte in Göttingen, Marburg und Bochum. Seine Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie absolvierte er im Evangelischen Krankenhaus in Hattingen und in der Charité Berlin. Seit dem Jahr 2000 war er dort als Oberarzt tätig, 2006 wurde er stellvertretender Direktor der Klinik für Anästhesiologie mit dem Schwerpunkt der operativen Intensivmedizin. Daneben gilt der renommierte Wissenschaftler als Experte für Gerinnungs- und Transfusionsfragen. Die spezielle Kinderanästhesie, die Notfallmedizin und die anästhesiologische Versorgung in der Perinatalmedizin gehören zu seinen weiteren Schwerpunkten.

Prof. von Heymann übernimmt die Bereiche von PD Dr. Siegfried Veit, der zum 30. September 2015 in den Ruhestand geht. PD Dr. Siegfried Veit wird bis dahin weiter die anästhesiologische Abteilung leiten, die Prof. von Heymann dann ab dem 1. Oktober 2015 ebenfalls übernimmt.

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe

Zum 1. Januar 2015 hat Dr. med. Thilo Sydow die Nachfolge von Dr. med. Roland Lege, als Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie im

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe angetreten. Dr. Sydow ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, sowie spezielle Unfallchirurgie. Zuvor war er als leitender Oberarzt viele Jahre im Jüdischen Krankenhaus Berlin tätig.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. med. Axel Radlach Pries ist neuer Dekan der Charité. Im Dezember vergangenen Jahres hatte sich der Fakultätsrat in einem Wahlverfahren für Pries

ausgesprochen, der das Amt bereits zum 1. Januar 2015 antreten hat. Axel R. Pries ist Professor für Physiologie und seit 2001 Leiter des Instituts für Physiologie am Campus Charité Mitte. Nach seinem Studium in Köln mit anschließender Promotion war er zunächst als wissenschaftlicher Assistent am Zentrum für Physiologie und Pathophysiologie der medizinischen Fakultät der Universität zu Köln tätig. 1983 wechselte Pries an das physiologische Institut der Freien Universität Berlin, wohin er, nach einer zweijährigen Tätigkeit für das Deutsche Herzzentrum Berlin, 1998 auf eine C3-Professur für Physiologie berufen wurde. Seit der Fusion der Charité mit dem Universitätsklinikum Benjamin Franklin im Jahr 2003 ist er zudem Mitglied des Fakultätsrats. Neben leitenden Funktionen in Fachgesellschaften und Mitgliedschaften in Editorial Boards verschiedener Fachzeitschriften ist Pries derzeit Vorsitzender des International Liaison Committee for Microcirculation. Die bisherige Dekanin Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich legte ihr Amt zum Ende des vergangenen Jahres nieder.

Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

Der Aufsichtsrat der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH hat Dr. Eibo Krahmer zum neuen Geschäftsführer Finanzmanagement berufen.

Dr. Krahmer wird sein Amt spätestens zum 1. April 2015 antreten. Er ist Diplom-Wirtschaftsinformatiker und leitet seit 2005 den Geschäftsbereich Finanzen am Universitätsklinikum Mannheim (UMM).

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel.: 030 / 408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99 E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Auszeichnung

Curt Meyer Gedächtnis-Preis 2014: Jane Holland vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC)

Für ihre wegweisende Arbeit zum basalen Brustkrebs wurde Dr. Jane Holland vom Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) Berlin-Buch Ende vergangenen Jahres mit dem Curt Meyer Gedächtnis-Preis 2014 der Berliner Krebsgesellschaft gewürdigt. „Jane Holland hat mit ihrer Arbeit zu einem besseren Verständnis über den basalen Brustkrebs beigetragen und damit Grundlagen für die Entwicklung neuer Therapieoptionen gelegt“, begründet

Prof. Dr. Dr. Peter M. Schlag im Vorfeld die Auszeichnung der 34-jährigen Australierin, die seit 2007 am MDC über Brustkrebs forscht. Die Ergebnisse waren im Dezember 2013 im Fachmagazin „Cell Reports“ erschienen und hatten in der Fachwelt für große Aufmerksamkeit gesorgt.

Die Berliner Krebsgesellschaft verleiht den Curt Meyer Gedächtnis-Preis bereits seit 1988. Mit einer Höhe von 10.000 Euro zählt er zu den höchst

dotierten Auszeichnungen in Deutschland auf dem Gebiet der Krebsmedizin.

Der Preis dient dem ehrenden Gedächtnis an den Berliner Senatsrat Dr. med. Curt Meyer (1891-1984), der nach praktischer und kommunalärztlicher Tätigkeit in Thüringen und Berlin 1944 verhaftet und in das KZ Auschwitz deportiert wurde. Nach 1945 reorganisierte er im ehemaligen Westberlin, insbesondere die Gesundheitsfürsorge.



Foto: Max-Delbrück-Centrum

Informationsveranstaltung

Ärzte ohne Grenzen: Mitarbeiter gesucht

Am 12. Februar 2015 lädt **Ärzte ohne Grenzen** alle Interessierten zu einem Informationsabend in das Haus der Psychologie, Am Köllnischen Park 2, ein. Ein Projektmitarbeiter wird die Organisation vorstellen, Möglichkeiten der Mitarbeit aufzei-

gen und über seine persönlichen Erfahrungen berichten. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmer beantwortet. Für die Projekte werden Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Gynäkologen, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Operations-

pfleger, medizinische Laboranten, Epidemiologen, Psychologen, Psychiater, Apotheker und technisch und handwerklich begabte „Allrounder“ als Logistiker sowie Personalkoordinatoren und Finanzfachkräfte gesucht.

Die Teilnahme ist kostenfrei und eine Anmeldung nicht notwendig.

Nähere Informationen gibt es im Internet: www.aerzte-ohne-grenzen.de/event/infoabend-66

Innere Medizin

Hochkarätige Fortbildungsveranstaltung in Krakau

Anfang Juni findet im polnischen Krakau eine hochkarätige zweitägige Fortbildungsveranstaltung statt. Der „McMaster International Review Course in Internal Medicine“ wird am 5. und 6. Juni 2015 von der McMaster University in Ontario (Kanada) und weiteren Organisatoren, u.a. Piotr Gajewski, dem Herausgeber der Zeitschrift „Medycyna Praktyczna“, veranstaltet. Die McMaster University gilt als „Stammsitz der evidenzbasierten Medizin“. Die Abteilung für klinische Epidemiologie, geleitet vom deutschen Internisten Holger Schünemann, hat über 500 Mitarbeiter.

Rund 30 weltweit führende Experten aus Kanada und Europa führen in Krakau durch ein breites Spektrum von Vorträgen und Workshops rund um verschiedene Bereiche der Inneren Medizin. Ziel der Veranstaltung ist es, den Teilnehmern möglichst praxisorientiertes, evidenzbasiertes und aktuelles Wissen für den täglichen Gebrauch mit auf den Weg nach Hause zu geben. Daneben bieten die Veranstalter ein besonderes kulturelles Rahmenprogramm an. Weitere Informationen sowie Anmeldemöglichkeiten finden sich unter www.mircim.eu.

Neue Adresse

Tropeninstitut zieht ins Virchow-Klinikum

Das Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit zieht um. In den neuen Räumen am Südring 2 des Campus Virchow-Klinikum der Charité werden ab 23. Februar 2015 Reiseimpfungen durchgeführt und erkrankte Reiserückkehrer behandelt. Die Impfsprechstunden an den Standorten Steglitz (Globetrotter) und Buch (Helios-Klinikum) bleiben unverändert bestehen. Die neue Telefonnummer lautet ab dem 23. Februar: 030 / 450 56 57 00. Ausführliche Informationen werden zeitnah unter tropeninstitut.charite.de veröffentlicht.

Personalien

Neue DGPPN-Präsidentin kommt aus Berlin

Dr. med. Iris Hauth leitet seit Januar als neue Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) den ebenfalls neu gewählten Vorstand der Fachgesellschaft. Dr. Hauth ist seit 1998 Chefarztin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin Weißensee und seit sieben Jahren Geschäftsführerin der Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH. Die DGPPN ist eine medizinische Fachgesellschaft mit mehr als 7.700 Mitgliedern. Der Vorstand wird alle zwei Jahre gewählt und besteht aus 18 Mitgliedern.

Neue Leiterin der BZgA

Dr. med. Heidrun M. Thaiss ist seit 1. Februar 2015 neue Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Sie wurde an der Medizinischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg im Breisgau promoviert. Nach

Facharzt- und begleitender wissenschaftlicher Ausbildung arbeitete Thaiss im Öffentlichen Gesundheitsdienst mehrerer Bundesländer und war seit 2008 im schleswig-holsteinischen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung tätig. Thaiss' Vorgängerin, Prof. Dr. Elisabeth Pott, hat das Amt aus Altersgründen aufgegeben.

Neuer Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft gewählt

Prof. Dr. med. Michael Schäfer hat Anfang des Jahres die Nachfolge von Prof. Dr. Thomas R. Tölle, dessen Wahlperiode zum Jahreswechsel endete, angetreten. Der 54-jährige Anästhesist ist leitender Oberarzt und Schmerzforscher der Berliner Charité. Vizepräsidentin der Gesellschaft bleibt die Diplom-Psychologin PD Regine Klinger. Sie ist zugleich amtierende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF).

Naturheiltage

Frühjahrskongress 2015 – Kurs I

Die Ärztgesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V. bietet vom 6. bis 8. März sowie vom 20. bis 22. März 2015 eine Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (37 Punkte) an.

INHALTE

Physikalische Therapie: 06. u. 07.03.

Geschichte der Naturheilverfahren; Einführung in die Hydrotherapie; Lymphdrainage; Sauna Ansätze; Manuelle Therapie

Phytotherapie: 07.03.

Einführung; bei Magen-/Darmerkrankungen; bei Leber-/ Gallenerkrankungen; bei Erkrankung des Bewegungsapparates

Ordnungstherapie: 20.03.

Einführung in die Ordnungstherapie; Balint Gruppen; Mind-Body-Medizin

Ernährungstherapie: 21.03. vorm.

Konzeption und wichtige Lebensmittel der Vollwerternährung; Was ist Bio-Nahrung? Schadstoffe in Lebensmitteln

Schwerpunktthema: 21.03. nachm., 22.03.

Funktionelle Störungen, Mikrobiologie des Darmes

Anmeldung: Naturheiltage Berlin, c/o Dr. med. Reinhold Heinzler, Tel. 0175/ 855 72 62, E-Mail: r.heinzler@web.de

Veranstaltungsort: St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf

Kursgebühren: 380,00 € für den gesamten Kurs I. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.

Das ausführliche Programm gibt es unter: www.naturheiltage-berlin.de

Korrektur

Unvollständige Bankverbindung bei Spendenaufruf

Leider ist uns in der Dezemberausgabe auf den Meldungsseiten ein Fehler unterlaufen. Beim Spendenaufruf für Lebensmittelpakete für „Ärzte der Welt“ auf Seite 8 muss die vollständige BIC: CRBAGRAAXXX lauten. Wir bitten dies zu entschuldigen.

Palliativstation

Erste Palliativstation im Berliner Südosten eröffnet

Das Vivantes Klinikum Neukölln hat eine neue Palliativstation für unheilbar erkrankte Menschen eingerichtet. Die neue Station mit 13 Betten ist vor allem für Krebspatienten, aber auch für alle anderen Patienten mit komplexen Problemen am Lebensende, beispielsweise bei schweren chronischen Lungenerkrankungen oder neurologischen Krankheiten gedacht.

Seit Januar 2015 werden die ersten Patienten behandelt. Therapiert werden sie mit konservativer oder interventioneller Schmerztherapie, Physio- und Psychotherapien sowie sozialer, seelischer und spiritueller Betreuung, wobei auch Angehörige einbezogen werden.

Prof. Dr. med. Maïke de Wit, Chefärztin der Klinik für Innere Medizin – Hämatologie und Onkologie im Vivantes Klinikum Neukölln, die auch die Palliativmedizin leitet: „Am meisten Angst haben unheilbar kranke Patienten vor Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit am Lebensende. Auf unserer Palliativstation wollen wir diese Menschen und ihre Angehörigen rundum als Menschen auffangen und ihre Schmerzen und sonstige Beschwerden lindern. Die Lebensqualität unserer Patienten steht für uns an erster Stelle.“ Bisher wurden Menschen mit schweren, unheilbaren Krankheiten in Neukölln zu Hause im System der spezialisierten ambulanten Versorgung betreut.

*Dimethylfumarat***PML nach Einnahme**

Eine MS-Patientin erkrankte nach längerer Einnahme von Dimethylfumarat (Tecfidera®) an PML (progressive multifokale Leukenzephalopathie) und verstarb zwei Monate nach Diagnosestellung. Von anderen Dimethylfumarathaltigen Präparaten zur Therapie der schweren Psoriasis ist diese UAW schon lange bekannt. Bei schweren Blutbildveränderungen wie Lymphopenie sollte Tecfidera sofort abgesetzt werden. Ebenso sollte unter der Therapie mit diesem Präparat das Blutbild engmaschig kontrolliert werden, wie unter der Therapie mit Fumaderm bereits vorgeschrieben.

Quelle: Pharm Ztg. 2014; 159 (45): 126

*Chlorhexidin-Lösungen***Hautverätzungen bei Neugeborenen**

Alkoholische oder wässrige Chlorhexidinlösungen, zum Beispiel Chlorhexamed® zur Desinfektion der Haut oder Schleimhaut, können zu Hautverätzungen bei Neugeborenen führen. Risikominimierend sollten keine übermäßigen Mengen an Chlorhexidin benutzt, sämtliche durchtränkten Materialien, Tücher und Kleidung entfernt und Ansammlungen der Lösung in Hautfalten vermieden werden.

Quelle: Pharm Ztg. 2014; 159 (45): 109-10

*DMPS-Test***Kein sicherer Nachweis**

DMPS (Dimaval®) ist zugelassen zur Therapie von nachgewiesenen chronischen oder akuten Vergiftungen mit Quecksilber oder Blei, nicht jedoch zu diagnostischen Zwecken. Denn DMPS mobilisiert Schwermetalle aus dem Organismus, sodass erhöhte Schwermetallwerte im Urin nach DMPS-Gabe wenig aussagekräftig sind. Der DMPS-Test erlaubt keinen sicheren Nachweis einer Schwermetallbelastung oder Schwermetallvergiftung. Zahlreiche unerwünschte Wirkungen (UAW) von DMPS (z. B. lebensgefährliche allergische und kardiovaskuläre Reaktionen) sind bekannt. In Einzelfällen führte die sogenannte Chelattherapie (Ausleitungstherapie bei einer vermeintlichen Schwermetallvergiftung) zum Tod. Bei Verdacht auf Schwermetallintoxikation sollte auf jeden Fall eine berufliche oder private Exposition überprüft werden.

Quelle: Versicherungsmed. 2014; 66 (4): 210-12

*Ustekinumab***Schwere Hautreaktionen**

Ustekinumab (Stelara®), zugelassen zur Therapie mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis und psoratischer Arthritis, kann eine exfoliative Dermatitis mit ähnlichen Symptomen einer erythrodermischen Psoriasis verursachen. Das Auftreten wird als selten eingeschätzt ($\geq 1/10.000$), häufiger ist jedoch ein Auftreten einer Exfolia-

tion der Haut ohne weitere Symptome einer Dermatitis ($\geq 1/1000$). Bei Auftreten entsprechender Symptome muss Ustekinumab abgesetzt werden.

Quelle: Pharm Ztg. 2014; 159 (48): 127

*Ulipristal***Bald frei verkäuflich?**

Die europäische Arzneimittelagentur EMA will Ulipristal (EllaOne®) aus der Verschreibungspflicht entlassen. Da das Präparat seit 2009 eine zentrale Zulassung besitzt, wird die voraussichtlich für Ende Januar 2015 erwartete Entscheidung der EMA für alle Mitgliedstaaten verbindlich – auch für Deutschland, es sei denn, dass eine Ausnahmeregelung beantragt wird. Hier wird die Diskussion um ein anderes Notfallkontrazeptivum (Levonorgestrel, z.B. Unoferm®) eher politisch und wenig wissenschaftlich geführt. Eine Schlüsselrolle ist den Apothekern zugedacht. Sie sollen die anfragenden Frauen neutral und vertraulich beraten.

Quelle: Pharm Ztg. 2014; 159 (48): 20-21

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztchamber Nordrhejn
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

Schätzung der Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen in Deutschland

Die Bestimmung der HIV-Inzidenz und -Prävalenz sind für Prävention, medizinische Versorgung und gesundheitspolitische Entscheidungen von großer Bedeutung. Anhand der dem Robert Koch-Institut (RKI) gemeldeten HIV-Diagnosen können nur begrenzt Aussagen zur aktuellen Inzidenz und Prävalenz gemacht werden, da viele HIV-Diagnosen erst lange nach der Infektion gestellt werden. Daher werden vom RKI regelmäßig Schätzungen zum Verlauf der HIV-Epidemie erstellt.

Die geschätzte Zahl von HIV-Neuinfektionen hat sich im Zeitverlauf von Mitte der 1980er Jahre bis zum Ende der 1990er Jahre deutlich reduziert. Von 2000 bis 2005 erfolgte ein Anstieg der HIV-Infektionen mit einer Plateaubildung ab 2006 (Abbildung). Die Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen im Jahr 2013 wird auf 3.200 (95% KI: 3.000-3.400) geschätzt. Davon sind etwa 2.400 (75%) Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Etwa 360 Frauen (11,3%) und 190 Männer (5,9%) haben sich auf heterosexuellem Weg in Deutschland infiziert. Darüber hinaus haben sich etwa 300 (9,4%) Personen beim intravenösen Drogenkonsum infiziert.

In Deutschland lebten Ende 2013 geschätzte 80.000 (95% KI: 69.000-91.000) Men-



schen mit einer HIV-Infektion. Diese verteilen sich zu etwa 66% (n=53.000) auf MSM und zu etwa 23% (n=18.000) auf Frauen (15%, n=12.000) und Männer mit heterosexuellen Kontakten (7,5%, n=6.000). Von den Personen mit heterosexuellen Kontakten haben sich etwa 43% im Ausland mit HIV infiziert. Bei etwa 9,7% aller HIV-Infizierten handelt es sich um Menschen, die intravenös Drogen gebraucht haben.

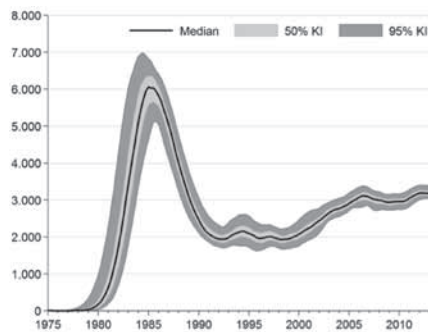


Abb. 1: Geschätzte Gesamtzahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland (ohne transfusionsassoziierte Infektionen) seit Beginn der HIV-Epidemie: 1975 – 2013 nach Infektionsjahr.

Der Anteil aller HIV-Infizierten, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, hat sich seit 2006 von 58% auf 67% im Jahr 2013 erhöht. Der Anteil der nichtdiagnostizierten HIV-Infektionen an allen Infizierten hat von 19% im Jahr 2006 auf 17% im Jahr 2013 abgenommen, während die geschätzte absolute Zahl von etwa 11.000 im Jahr 2006 auf 14.000 im Jahr 2013 zugenommen hat. Betrachtet man alle Ende 2013 in Deutschland nichtdiagnostizierten HIV-Infizierte, so haben sich ca. 22% im Jahr 2013 infiziert, die Hälfte seit Anfang 2011. Bei knapp 47% liegt der Infektionszeitpunkt länger zurück.

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland ist im Jahr 2013 vergleichbar mit 2012. Die Zahl der nichtdiagnostizierten HIV-Infizierten sowie der Anteil der therapierten HIV-Infizierten sind in 2013 angestiegen. Die hohe Zahl der HIV-Infektionen in der Gruppe der MSM ist möglicherweise auf Änderungen des Risikoverhaltens zurückzuführen. Um die Zahl der HIV-Neuinfektionen in Deutschland nachhaltig zu verringern, sollten die bereits mit HIV Infizierten frühzeitiger diagnostiziert und therapiert werden. Zudem sind Aufklärung, Prävention und Kondomgebrauch weiterhin notwendig, um neue HIV-Infektionen zu verhindern.

Ausschreibung

Wissenschaftspreis des Deutschen Ärztinnenbundes 2015

Anlässlich seines Wissenschaftlichen Kongresses, der am 18./19. September 2015 in Düsseldorf stattfinden wird, verleiht der Deutsche Ärztinnenbund (DÄB) einen mit 4.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis.

Die Ausschreibung richtet sich an junge Ärztinnen und/oder Zahnärztinnen aus den Bereichen Klinik, Praxis oder Forschung. Prämiert wird eine Arbeit die die biologischen und/oder soziokulturellen Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit Relevanz zur Prävention, Diagnostik und/oder medizinischen Versorgung in Klinik oder Niederlassung thematisieren soll. Zudem können Forschungsergebnisse mit dem Gender Aspekt aus dem Bereich Public Health/Global Health sowie aus dem Bereich der medizinischen Lehre eingereicht werden. Die Arbeit soll einer

Publikation nach internationalen peer-review Kriterien entsprechen und bei mehreren Autorinnen oder Autoren muss der Anteil der Bewerberin an der Arbeit dargelegt werden, Co-Autorinnen/Autoren müssen der Bewerbung schriftlich zustimmen.

Im Fall einer bereits veröffentlichten Arbeit ist die Quelle anzugeben.

Bewerbungen mit Lebenslauf, gegebenenfalls einer Publikationsliste und einer einseitigen Kurzfassung (Proposal) des Antrags sind bis zum 15.3.2015 elektronisch an die Geschäftsstelle des DÄB zu senden: gsdaeb@aerztinnenbund.de, an die auch nach direkter Aufforderung die Anträge in 4-facher Ausfertigung mit einer Zusammenfassung (in deutscher Sprache) bis zum 15.6.2015 zu verschicken sind.

Erfahrungsaustausch 2015

Qualitätssicherung in der Hämotherapie

Nach dem erfolgreichen Start des im Rahmen des „Berliner Konzepts“ entwickelten Peer Review-Verfahrens in der Hämotherapie in Kliniken und Praxen laden wir alle in der Hämotherapie tätigen Kolleginnen und Kollegen zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch ein. Wir möchten dabei erste Ergebnisse der Peer Reviews sowie die übliche Auswertung der Jahresqualitätsberichte präsentieren. Darüber hinaus werden neue Aspekte und Trends in der Hämotherapie vorgestellt und der fachliche Austausch und die Diskussion über die weitere Entwicklung in der Qualitätssicherung der Hämotherapie in Berlin unterstützt.

Referentinnen und Referenten:

Prof. Dr. med. Axel Pruß, stellv. Institutsdirektor/
Ltd. Oberarzt, Institut für Transfusionsmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Thomas Rogge, Leiter Diagnostik/Koordinator Immunhämatologie, Labor Berlin – Charité Vivantes GmbH

Dr. med. Berthild Scholz, Referentin Fortbildung/
Qualitätssicherung, Ärztekammer Berlin

Termin: Mittwoch, 25.03.2015, 18 bis 19:30 Uhr, 2 Fortbildungspunkte

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

Eine formlose persönliche Anmeldung ist erforderlich.

Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten:
E-Mail: r.drendel@aekb.de oder Fax: 030 / 408 06-55 14 01

Überarbeitete Version

Kostenfreier Download von Entscheidungshilfen sowie der 3. Auflage der NVL Chronische KHK

Das Ziel der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) ist es zu beschreiben, wie eine bestmögliche, sektorenübergreifende Versorgung von Patienten mit chronischer koronarer Herzkrankheit erfolgen sollte. Für die dritte Auflage wurde das Kapitel Revaskularisationstherapie komplett überarbeitet. Dieses Kapitel gibt evidenzbasierte Empfehlungen, unter welchen Voraussetzungen eine Revaskularisa-

tionstherapie indiziert sein kann und mit welchen Therapieverfahren die festgelegten Therapieziele erreicht werden sollten. In den Empfehlungen 12-1, 12-3 und 12-4 wird zum ersten Mal in einer NVL die Verwendung von Entscheidungshilfen für Patienten empfohlen. Die Entscheidungshilfen wurden parallel entwickelt und stehen ebenfalls zum kostenfreien Download bereit.

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Experten

verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte Patientenversorgung darzustellen.

Nähere Informationen zur NVL sowie die kostenfreien Downloads finden Interessierte hier: www.leitlinien.de/news/news2014-12-15

Musik

2. IPPNW-Benefizkonzert für Flüchtlinge

Am 22. Februar findet im Kammermusiksaal der Berliner Philharmonie in Zusammenarbeit mit der Stiftung Berliner Philharmoniker ab 20 Uhr das nächste IPPNW-Benefizkonzert statt. Alle Musiker treten ohne Gage auf und der Erlös kommt „Asyl in der Kirche“ sowie der „Malteser Migrantenmedizin“ zugute.

Auf dem Programm stehen unter anderem Werke von Antonin Dvorák, Kammermusikalischer Tango, Jazz and beyond... sowie Rhythmen für Marimba und Percussion-Set up. Zudem liest Christian Brückner Berichte über Flüchtlingsschicksale, Gedichte und Texte von Mascha Kaléko und Berthold Brecht.

Die Einführungsveranstaltung mit Gerhard Forck und Peter Hauber beginnt bereits um 19 Uhr und Karten gibt es an der Kasse der Philharmonie unter der Rufnummer: 030 / 25 48 89 99 oder im Internet: www.berliner-philharmoniker.de Stichwort „Karten“ sowie unter: www.ippnw-concerts.de



Treten am 22.2. auf: *Tango, Jazz und World* – ganz im Stile des *Tango Nuevo* kombiniert die Gruppe *Vibratoghissimo* unterschiedliche Stilrichtungen zu einem faszinierenden musikalischen Erlebnis.

Foto: Eckhard Loite

Förderung

Stipendien für medizinische Promotionen

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) vergibt im Rahmen ihres 121. Internistenkongresses erstmals bis zu fünf Promotionsstipendien zur Unterstützung von Studierenden, die ein Forschungsfreiemsemester oder einen Forschungsaufenthalt planen. Voraussetzung für ein Stipendium in Höhe von maximal 10.000 Euro ist, dass der Bewerber an einer deutschen Universität im Fach Humanmedizin immatrikuliert ist und künftig die Fachrichtung der Inneren Medizin einschlagen möchte, was er in einem Motivationsschreiben darlegen muss. Zudem muss der Betreuer der Doktorarbeit des Antragstellers Mitglied der DGIM sein. Interessierte können sich bis zum **28. Februar** bei der Fachgesellschaft bewerben. Nähere Informationen gibt es im Internet unter: dgim.de/Stipendien/Promotionsstipendien/tabid/473/Default.aspx

Qualifizierung

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen. Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 13.03.2015 stattfindet.

Termin: Freitag, 13.03.2015, 14.00 bis 21.00 Uhr,
Samstag, 14.03.2015, 8.30 bis 17.30 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 Euro

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

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06 12 15,
E-Mail: fb-aag@aekb.de

PRIVATE MEDIZINISCHE HOCHSCHULEN

Auf dem Weg zur Zwei-Klassen-Ausbildung?

Viele junge Menschen wollen Medizin studieren. Einen der begehrten Studienplätze bekommen jedoch die wenigsten. Indes werden in Deutschland dringend Ärztinnen und Ärzte gebraucht, vor allem solche, die sich für Kliniken und Praxen auf dem Land erwärmen können. Doch die Absolventenzahlen bleiben seit Jahrzehnten gleich. Unlängst wurde sogar über die Schließung der medizinischen Fakultäten in Halle und Lübeck diskutiert. Könnten Privatunis in die Bresche springen? Medizinischer Fakultätentag, der Wissenschaftsrat, Bundesärztekammer und andere Vertreter der Ärzteschaft warnen unisono vor einem Qualitätsverlust in der medizinischen Ausbildung. Dem Trend zur privaten Medizinerbildung tut die Kritik keinen Abbruch. So will die neue private Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB) ab Sommersemester 2015 Mediziner ausbilden. Die Absolventen sollen sich verpflichten, in der Region zu bleiben.

Von Eugenie Ankowitsch

46 junge Menschen machen in Brandenburg schon bald die ersten Schritte auf dem Weg zu ihrem Traumberuf. Ab Sommersemester 2015 werden sie an der privaten medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB) ihr Medizinstudium aufnehmen. Die Studierenden sollen dort in den Genuss einer fachübergreifenden und multidisziplinären Lehre und Forschung kommen, die sie auf den ärztlichen Alltag von morgen besser vorbereitet. Insbesondere wird Wert darauf gelegt, Ärzte auszubilden, die später ihre Tätigkeit im Land Brandenburg ausüben.

Im Juli 2014 hat das brandenburgische Wissenschaftsministerium der Hochschule die staatliche Anerkennung für die Studiengänge Bachelor Psychologie, Master Klinische Psychologie und Psychotherapie sowie den Modellstudiengang Medizin zunächst befristet bis zum 30.09.2021 erteilt. Bisher hatte Brandenburg als einziges Flächenland in Deutschland keine eigene Medizinische Fakultät.



Die Gründung der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane geht zurück auf eine Initiative der landkreiseigenen Ruppiner Kliniken in Neuruppin und des Städtischen Klinikums Brandenburg an der Havel, in deren Räumen ein Teil der Ausbildung stattfinden soll. 40 weitere Krankenhäuser und 30 Privatpraxen wollen mit der MHB zusammenarbeiten. Die Landesärztekammer Brandenburg, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg und zahlreiche Forschungseinrichtungen sind Kooperationspartner der MHB. Zusammenarbeiten will man unter anderem auch mit der FH Brandenburg

und der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus.

Die Rolle der privaten medizinischen Hochschulen ist in der deutschen Hochschulmedizinlandschaft jedoch höchst umstritten. Die entscheidenden Fragen dabei: Lassen private medizinische Hochschulen die Qualität der ärztlichen Ausbildung sinken? Und sind sie tatsächlich in der Lage, den Ärztemangel in Deutschland zu mindern? Darüber gehen die Meinungen auseinander.

Zahl der Anbieter wächst

Die medizinische Hochschule in Brandenburg ist nach der Uni Witten-Herdecke die zweite private Hochschule, die ein Medizinstudium nach der deutschen Approbationsordnung anbietet. Zunehmende Bedeutung gewinnt indes eine zweite Möglichkeit, eine private medizinische Hochschule in Deutschland zu gründen: die Kooperation einer bereits existierenden Universität aus dem europäischen Ausland mit kommunalen oder privaten Krankenträgern im sogenannten Franchising Modell. An diesen Medical Schools können die Studierenden nur den Studienabschluss der gradverleihenden ausländischen Hochschule erwerben, und zwar oft schon nach fünf statt der in Deutschland üblichen sechs Jahren. Dieser wird aber gemäß der Berufsanerkenntnisrichtlinie der EU 2005/36/EG im Regelfall in Deutschland anerkannt. „Der Anerkennungsautomatismus eröffnet den Zugang zum Arztberuf, ohne dass diese Studienangebote den für die Ausbildung an deutschen Medizinischen Fakultäten geltenden Qualitätssicherungsverfahren unterworfen sind“, kritisiert Prof. Georg Sandberger, Jurist und ehemaliger langjähriger Kanzler der Universität Tübingen, dessen Publikationsschwerpunkt u.a. im Bereich des Hochschulrechts liegt. Der Clou sei: Bei den staatsübergreifenden Neugründungen entfallen oftmals die Akkreditierung und Begutachtung durch deutsche Aufsichtsbehörden, da es in vielen Landes- hochschulgesetzen für das Franchising-

Modell keine spezielle Regelung gebe, erläutert der renommierte Jurist. Die Aufsicht über die Erfüllung der Qualitätsstandards obliege vielmehr dem Herkunftsland der Hochschule. Sandberger, der im Auftrag des medizinischen Fakultätentags grenzübergreifende Kooperationen untersucht hat, kommt dabei u.a. zu dem Ergebnis, dass an einer ganzen Reihe von Standorten die Qualitätsanforderungen, die in den Herkunftsländern gelten, nicht den Anforderungen der Berufsanerkenntnisrichtlinie, geschweige denn den Qualitätssicherungsverfahren für das Medizinstudium staatlicher deutscher Universitäten, entsprechen.

Wissenschaftsbasierte Lehre in Gefahr?

Zwar begrüßt die Bundesärztekammer prinzipiell die gegenseitige Anerkennung der Berufsabschlüsse innerhalb der Europäischen Union. Ihr Präsident, Prof. Frank Ulrich Montgomery, verweist jedoch auf die Qualitätsstandards, die ein Medizinstudium erfüllen muss, wie eine wissenschaftsbasierte Lehre an einer akademischen Institution mit fundierter Forschung, ein komplettes Fächerspektrum sowie eine Ausbildung durch ordentlich berufene Professoren. „Wir brauchen eine starke, wissenschaftsbasierte Ausbildung. Das heißt, die Universitäten dürfen nicht nur in der Lehre aktiv sein, sondern müssen auch in der Forschung Expertise aufweisen“, sagt auch Prof. Karl Max Einhäupl, Vorstandsvorsitzender der Charité und ehemaliger Vorsitzender des Wissenschaftsrates. Die privaten medizinischen Hochschulen seien jedoch häufig weniger gut in der Forschung und der wissenschaftlichen Ausbildung aufgestellt. Wissenschaftliches Denken und Handeln würden aber die Grundlage für die adäquate patientenorientierte Auswahl diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen heute und in Zukunft bilden. Der Medizinische Fakultätentag und der Wissenschaftsrat sehen das ähnlich.

„Über die privaten Medical Schools gibt es nur unzureichende Informationen“, kritisiert der Jurist Sandberger. Wer ist der Träger? Wie sieht die Kooperation mit den Krankenhäusern genau aus? Wie ist die Qualifikation des Lehrpersonals? Welche Infrastrukturen sind für Forschung und Lehre vorhanden? Wie erfolgt die Qualitätssicherung? Oft könnten diese Fragen aufgrund mangelnden Transparenz nicht beantwortet werden, meint der Hochschulrechtsexperte. Das gilt aus seiner Sicht auch für die MHB in Brandenburg.

Frischer Wind durch innovative Lehrkonzepte

Allerdings haben private medizinische Hochschulen auch positive Impulse und frischen Wind in die Medizinerbildung gebracht. Die Universität Witten-Herdecke war beispielsweise der Vorreiter für ein Medizinstudium, in dessen Mittelpunkt der Umgang mit dem Patienten stand. Viel früher als an anderen Universitäten trafen die Studierenden auf echte Patienten. Die Hochschule setzte zudem auf „Problemorientiertes Lernen“ (POL) mit praxisnahen Fallstudien. Für die sonst auf Multiple-Choice-Tests und stures Auswendiglernen normierte deutsche Mediziner-Ausbildung bedeutete es eine absolute Neuerung.

Die Medizinstudierenden aus Witten-Herdecke scheinen jedenfalls mit ihrer Ausbildung sehr zufrieden zu sein. Im Rahmen einer bundesweiten Online-Umfrage des Hartmannbundes im Jahr 2013, bei der fast 2.400 Medizinstudierende abstimmten, belegte die Privatuniversität Platz eins und erhielt den Fakultätenpreis 2013 des Ärzteverbandes. Im Mittelpunkt der Umfrage standen 45 Fragen zu Themen wie Qualität der Lehrveranstaltungen, Erweitertes Lehrangebot, Lehrkräfte, Unterstützung bei der praktischen Ausbildung, Ausstattung, Verzahnung der Studienabschnitte, Patientenkontakt, Prüfungen/Promotion oder Dekanat.

Im Jahr 1996 lobte zudem der Wissenschaftsrat in seinem ersten Gutachten zum Wittener Medizinstudiengang das innovative Modell und urteilte sogar, dass „einzelne Ausbildungselemente vermehrt auch an anderen Hochschulen praktiziert werden sollten“. Seit 2002 ist auch in der neuen Ärztlichen Approbationsordnung eine stärkere Praxisorientierung des Medizinstudiums gefordert.

Bei der Re-Akkreditierung im Jahr 2011 würdigte der Wissenschaftsrat, dass die Uni ihre Studierenden nicht nach „formalen Parametern“ auswähle, sondern nach dem persönlichen Interesse am Arztberuf. Positiv bewertete das Gremium auch die enge Verbindung der Medizin mit gesellschaftswissenschaftlichen Themen. Weniger positiv, aber als „tragfähig“, hat der Rat trotz Re-Akkreditierung die Forschungsleistungen der Universität beurteilt. Die Medizinerbildung der Hochschule stand noch vor wenigen Jahren in der Kritik. Bemängelt wurden damals „inhaltliche und strukturelle Schwächen in Lehre und Forschung“. Angesichts von gravierenden Problemen bei der Ausbildungsqualität empfahl der Wissenschaftsrat damals sogar, den Studiengang Humanmedizin dort völlig neu zu ordnen oder ganz einzustellen.

MHB: Wissenschaftsbasierte Ausbildung garantiert

Auch das erste Konzept der privaten medizinischen Hochschule in Brandenburg, das die Initiatoren im Jahr 2012 beim brandenburgischen Wissenschaftsministerium eingereicht haben, hat der Wissenschaftsrat negativ bewertet. „Kritisiert wurde zum einen eine zu geringe Stellenausstattung mit hauptberuflichen Professoren und zum anderen das zum damaligen Zeitpunkt unzureichende Forschungskonzept“, erläutert der MHB-Gründungsdekan und Chefarzt an den Ruppiner Kliniken, Prof. Dieter Nürnberg.



Prof. Gerhard Danzer, Mitinitiator MHB

Trotz der hohen Praxisorientierung des Studiengangs werde die Wissenschaftlichkeit als sehr wichtig angesehen, betonen die Initiatoren. „Für die Anregungen des Wissenschaftsrates sind wir in gewisser Weise dankbar. Auch damit konnten wir unser Konzept so verbessern, dass es die Überprüfung durch das Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kultur des Landes Brandenburg bestand, auf deren Grundlage die Genehmigung erfolgte“, sagt Prof. Gerhard Danzer, Mitinitiator der MHB, Chefarzt für Psychosomatik an den Ruppiner Kliniken, ehemaliger Professor der Charité und künftiger MHB-Professor.

„Bei den meisten Universitäts-Neugründungen war deren Forschungsszene am Anfang keineswegs so elaboriert, wie es dann nach Jahren und Jahrzehnten der Fall war“, gibt er außerdem zu bedenken. Dennoch verfügt die MHB aus Danzers Sicht bereits jetzt über solide Ansätze der biomedizinischen Forschung, die von Neuroscience über Versorgungsforschung (Brandenburger Krebsregister) bis hin zur Molekularbiologie reichen. So beabsichtige die Hochschule beispielsweise eng mit der Fakultät sechs der Cottbuser Universität zusammenzuarbeiten, die bis vor einem Jahr noch Fachhochschule Senftenberg hieß. „Sie betreiben seit Jahren molekularbiologi-

Foto: Medizinische Hochschule Brandenburg

sche Forschung, bei der unsere Studierenden künftig mit ausgebildet werden und mitwirken können“, berichtet Danzer. Eine weitere Kooperation sei mit dem Deutschen Institut für Ernährungsforschung in Potsdam geplant. Wissenschaftler der MHB sollen dabei in gemeinsamen Projekten zur sogenannten Brain-Gut-Achse die Interaktion von Gehirn und Darm untersuchen.

Trotz Anerkennung durch das Wissenschaftsministerium in Potsdam bemängelten Kritiker, dass der Wissenschaftsrat nicht erneut befragt wurde. „Spätestens 2020 werden wir uns einer Evaluierung durch den Wissenschaftsrat stellen“, entgegnet Nürnberg. Spätestens dann soll auch das Promotions- und Habilitationsrecht realisiert werden. Bis dahin werde die Promotion in Zusammenarbeit mit anderen Universitäten umgesetzt.

Personale Medizin im Mittelpunkt

Praxisorientiertes Lernen von Beginn an lautet die Devise der neuen medizinischen Hochschule in Brandenburg. Das traditionelle, kopflastige Medizinstudium wollen die Brandenburger vermeiden. Vielmehr lehnt sich die MHB nach Auskunft des Dekans Nürnberg an den Reformstudiengang der Charité an, der seinerseits einst von Witten-Herdecke inspiriert wurde. Von Anfang an sollen die Studierenden Patientenkontakt haben, der klassische Fächerkanon zugunsten fächerübergreifender Lehre aufgehoben werden. Das Studium soll neben dem wissenschaftsbasierten Wissen auch die für den ärztlichen Beruf erforderlichen Kompetenzen und Fähigkeiten vermitteln.

„Einige der Aspekte des Curriculums der Theodor-Fontane-Hochschule sind innovativ und entsprechen auch Forderungen des bvmd“, bestätigt die neue Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutsch-

land (bvmd), Naomi Lämmlein. Ein Arzt müsse über viele Kompetenzen verfügen, die weit über die inhaltlichen Fragen hinausgehen. Die Studierenden setzen sich daher seit Langem für eine kompetenzbasierte Lehre ein.

Die Brandenburger wollen noch weiter gehen und das Konzept in Richtung „Personalere Medizin“ weiterentwickeln. „Dies bedeutet eine Integration von biomedizinischen sowie psychosozialen und soziokulturellen Gesichtspunkten bei Diagnostik und Therapie ebenso wie bei der Ätiopathogenese-Formulierung von Krankheitsbildern“, erklärt Danzer, der ein vielbeachtetes Buch zu dem Thema geschrieben hat. „Ausgehend von konkreten, im Verlauf des Studiums komplexer werdenden Problemstellungen werden natur-, sozial- und kulturwissenschaftliche Grundlagen zusammen mit klinisch relevanten Inhalten in geeigneten Lehrformaten vermittelt und erarbeitet.“

Die Studierenden sollen aber nicht nur den klinischen Alltag, sondern auch die Arbeit von niedergelassenen Ärzten bereits frühzeitig kennenlernen. So sieht das Curriculum vor, dass sie vom zweiten bis fünften Semester wöchentlich einen Praxistag bei niedergelassenen Ärzten absolvieren. „Auf diese Weise können sie den Reiz und die Vorteile, aber auch die Herausforderungen der ambulanten Versorgung schätzen und einschätzen lernen“, so Danzer.

Damit beteiligen sich an der Lehre nach Auskunft von Nürnberg Ärzte der ambulanten und stationären Versorgung sowie habilitierte Professorinnen und Professoren an Brandenburger Kliniken und Hochschulen sowie Hochschullehrer an benachbarten Universitäten.

Genau das stößt allerdings vielerorts auf Ablehnung. Denn Kritiker bezweifeln, dass habilitierte Chefärzte qualifiziert genug sind, um wissenschaftsbasierte Lehre zu leisten. „Die Qualität der habilitierten Chefärzte steht außer Frage, da sie alle an anderen staatlichen

Universitäten lehren oder gelehrt haben“, entgegnet Nürnberg. Auch hätten diese ein zwar verkürztes, aber öffentliches Berufungsverfahren durchlaufen. Ohnehin würden sie weniger als 50 Prozent der zu berufenen Professoren ausmachen und nur in der Gründungsphase in der Lehre herangezogen. Eine Reihe von Professuren soll von Anfang an in einem originären Berufungsverfahren ausgeschrieben werden.

Hoffnung auf „Klebeeffekt“ berechtigt?

Für die brandenburgische Wissenschaftsministerin Sabine Kunst verbindet sich mit dem Medizin-Studium „die Erwartung, dass sich die Absolventen entschließen, in Brandenburg als Ärzte zu arbeiten“, wie sie anlässlich der staatlichen Anerkennung erklärte. Das hoffen auch die Initiatoren.

Der Charité-Vorstandsvorsitzende Prof. Karl Max Einhäupl glaubt dagegen, dass medizinische Fakultäten kein Garant für eine bessere Ärzteversorgung sind. Ein Blick ins nördliche Nachbarland beweise dies. Denn trotz der Mediziner Ausbildung an den Universitäten Rostock und Greifswald habe auch Mecklenburg-Vorpommern mit dem Ärztemangel zu kämpfen.

Nürnberg setzt dennoch auf das besondere Auswahlverfahren der MHB, bei dem junge Menschen ausgesucht werden, die einen Bezug zu Brandenburg haben, die in dem Bundesland studieren wollen und nicht bloß durch Numerus Clausus dazu gezwungen werden. Der „Klebeeffekt“ soll dadurch noch verstärkt werden, dass sich die Studenten dazu verpflichten, eine fünfjährige Facharzt Ausbildung an einer der Brandenburger Kliniken zu absolvieren. Im Gegenzug sollen die kooperierenden Krankenhäuser etwa 80.000 von den veranschlagten 115.000 Euro Studiengebühren tragen.

bvmd-Präsidentin Lämmlin warnt allerdings ebenfalls davor, den Bindeeffekt zu überschätzen. „Wenn die Studierenden aus Brandenburg kommen und ihr Studium dort absolvieren, dann ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie in Brandenburg bleiben“, sagt sie. Die Idee, Studierende dazu zu verpflichten, ihre Facharztausbildung in Brandenburg zu absolvieren, könne zwar vereinzelt funktionieren, es werde aber auch einige Mitnahmeeffekte geben. „Ob das zusätzliche Studierende bindet, die nicht schon sowieso da geblieben wären, ist fraglich“, so ihre Einschätzung.

Junge Menschen scheinen die Kritik und die Bedenken der Ärztelobby jedoch nicht wirklich zu beeindrucken. Das Interesse, an der MHB Medizin zu studieren, ist jedenfalls beachtlich. Bereits Ende des vergangenen Jahres lagen laut Gründungsdekan Nürnberg über 500 Bewerbungen vor.

Angesichts des ungebrochenen Trends zur privaten Medizinerbildung sprach sich die bvmd-Präsidentin Lämmlin wie schon ihr Vorgänger dafür aus, die Struktur des Medizinstudiums bundesweit einheitlich zu regeln. „Es ist wichtig, dass wir uns alle gemeinsam

Gedanken machen, wie die Arztausbildung in Deutschland eigentlich aussehen soll“, sagt sie. Das gelte allerdings auch für die Ausbildung an den staatlichen medizinischen Fakultäten. „Denn das vereinfachte Denken, staatliche Unis sind gut, die Privaten schlecht, stimmt einfach nicht“, gibt Lämmlin zu bedenken. Vielmehr bedürfe die ärztliche Ausbildung nach Meinung der Studierenden einer grundsätzlichen Überarbeitung.

Verfasserin:

Eugenie Ankowitsch, Medizinjournalistin

INTERVIEW

Warum haben Sie sich entschieden, den Weg der staatlichen Anerkennung zu gehen, und nicht für die Zusammenarbeit mit einer ausländischen Universität?

Nürnberg: Es war uns wichtig, dass wir in Brandenburg eine größtmögliche Anerkennung sowohl bei den Kliniken und kooperierenden Forschungseinrichtungen als auch bei der Politik und der ärztlichen Selbstverwaltung finden. Uns war klar, dass es nur dann gelingen kann, wenn man den aufwendigeren Weg der staatlichen Anerkennung einschlägt und entsprechend des Brandenburgischen Hochschulgesetzes agiert. Das garantiert auch, dass die MHB den staatlichen Universitäten gleichwertig ist.

Der Vorwurf der vermeintlich mangelnden wissenschaftsbasierten Ausbildung wird immer wieder geäußert. So ist auch Ihr Erstantrag aus dem Jahr 2012 beim Wissenschaftsrat auf

»Die MHB ist den staatlichen Universitäten gleichwertig«

Interview mit Prof. Dieter Nürnberg
Dekan der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB)



Foto: Medizinische Hochschule Brandenburg

Kritik gestoßen. Zu welchen Änderungen am Konzept hat sie geführt?

Nürnberg: Die Kritik des Wissenschaftsrates zielte einerseits gegen die unzureichende Ausstattung mit hauptamtlichen Professoren und andererseits auf das zu diesem Zeitpunkt unzureichende Forschungskonzept. Wir haben in Zusammenarbeit mit anderen

Forschungseinrichtungen und anderen Unis in Brandenburg, wie beispielsweise der BTU Cottbus und der Uni Potsdam, Instituten wie Hasso-Plattner-Institut, Deutsches Institut für Ernährungsforschung sowie mit anderen Kliniken unser Forschungskonzept generell überarbeitet und zusammengeführt, was Brandenburg im medizinischen Forschungsbereich zu leisten

vermag. Wir haben die Ausstattung mit hauptamtlichen Professoren deutlich verbessert, so dass wir die Voraussetzungen des Brandenburgischen Hochschulgesetzes in voller Weise erfüllt und mit breiter politischer Unterstützung dann die Zulassung erhalten haben.

Wir sind überzeugt, dass die Kapazitäten des Landes ausreichen, um eine wissenschaftsbasierte Ausbildung von jungen Ärzten zu garantieren. Im Übrigen werden wir uns der Evaluierung durch den Wissenschaftsrat spätestens im Jahr 2020 stellen und so bald wie möglich auch das Promotions- und Habilitationsrecht beantragen.

Ein wichtiger Grund für die Gründung der Theodor Fontane Hochschule ist der Ärztemangel in Brandenburg. Ist die Vereinbarung mit der Charité gescheitert und kann das Problem mit 46 Studierenden gelöst werden?

Nürnberg: Von den 250 Ärzten, die im Jahr 2013 in Brandenburg ihre Tätigkeit aufgenommen haben, waren 110, also weniger als 50 Prozent, Absolventen deutscher Universitäten. 40 von ihnen kamen von der Charité, nur 10 davon praktizieren in der Peripherie. Die restlichen 30 Nachwuchsmediziner sind im Speckgürtel von Berlin tätig, viele von ihnen wohnen in der Hauptstadt.

Wir wollen daher von Anfang an solche Studierenden auswählen, die einen Bezug zu Brandenburg haben. Davon erhoffen wir uns, dass vielleicht ein Drittel oder gar die Hälfte der Studierenden im Land bleibt. Wir meinen nicht, dass wir in der Lage sind, das Problem des Ärztemangels in Brandenburg im Alleingang zu lösen. Wir können aber einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

Das Interview führte Eugenie Ankwitsch.

»Die Lehre muss unmittelbar aus der Forschung kommen«

Interview mit Prof. Karl Max Einhäupl
Vorstandsvorsitzender der Charité

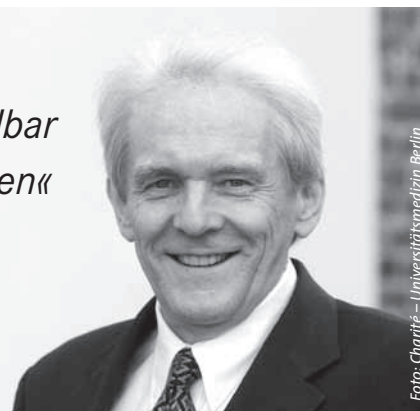


Foto: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Werden in Deutschland private medizinische Hochschulen wirklich gebraucht?

Einhäupl: Grundsätzlich ist nichts dagegen einzuwenden, dass Ärzte auch an privaten Hochschulen ausgebildet werden. Die Voraussetzung dafür ist, dass diese privaten Hochschulen dieselben qualitativen Standards wie die staatlichen medizinischen Fakultäten haben. Und genau das ist fraglich.

Wogegen richtet sich Ihre Hauptkritik?

Einhäupl: Ich bin der Überzeugung, dass der Beruf des Arztes ein wissenschaftsbasierter, nicht ein wissensbasierter Beruf ist. Das bedeutet, dass die Lehre unmittelbar aus der Forschung kommt, also das klassische deutsche Universitätsideal. Der Hauptkritikpunkt ist also, dass ich keine private Hochschule kenne, die ein Forschungsportfolio hat, das diesem Ideal gerecht wird.

Warum ist eine wissenschaftsbasierte Ausbildung gerade für einen Arzt so wichtig?

Einhäupl: Es gibt zwei wichtige Gründe für eine wissenschaftsbasierte Ausbildung. Zum einen ist die Halbwertszeit des Wissens sehr kurz geworden. Wenn die Studierenden also nicht auf der Grundlage der aktuellsten Forschungserkenntnisse unterrichtet werden, dann eignen sie sich bereits im Studium veraltetes Wissen an. Auf der anderen Seite arbeiten heutige Studierende nach Beendigung ihres Studiums noch viele Jahre

als Ärzte. Und auch in 10 oder 20 Jahren müssen sie wissenschaftliche Kriterien anwenden können, um die aktuellen Erkenntnisse, wie beispielsweise Therapien, bewerten zu können. Ich bezweifle, dass man dafür an einer privaten Universität, die im Prinzip eine Fachhochschule – vielleicht sogar eine Berufshochschule für Ärzte – ist, das Werkzeug dafür mitbekommt.

Wie kann es angesichts der breiter werdenden Angebotspalette gelingen, die Qualität der medizinischen Ausbildung zu sichern?

Einhäupl: Es muss die für die Arztausbildung notwendige Struktur sichergestellt sein, d.h. die Ausbildungsstätten müssen Forschungseinrichtungen sein, die aus ihrer Forschungstätigkeit heraus die Lehre organisieren. Staatliche Universitäten können diese Strukturen bieten. Eine weitere wichtige Frage ist, nach welchen Kriterien die Akkreditierung erfolgt. Aus meiner Sicht kann nur eine Akkreditierung des Wissenschaftsrates das nötige Niveau gewährleisten. Wenn es in Zukunft möglich ist, dass jedes größere Krankenhaus oder sogar mehrere kleine Krankenhäuser sich ihre Ärzte selbst ausbilden können, weil es aus marketingtechnische Gründen und im Sinne der Personalentwicklung opportun erscheint, dann muss sich die deutsche Politik Gedanken machen, wie sie künftig die Qualität der Mediziner Ausbildung sicherstellen will.

Das Interview führte Eugenie Ankwitsch.

Neuer Kammervorstand gewählt

Bericht von den Delegiertenversammlungen am 21. Januar 2015

Die Ärztekammer Berlin hat einen neuen Kammervorstand. In ihrer konstituierenden Sitzung am 21. Januar wählte die neue Delegiertenversammlung Günther Jonitz (Marburger Bund) und Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) erneut mit großer Mehrheit zum Präsidenten und Vizepräsidenten. Der 56-jährige Chirurg und der 66-jährige Augenarzt beginnen damit ihre fünfte Amtszeit. Daneben wählte die 46-köpfige Delegiertenversammlung in ihrer ersten Sitzung der vierjährigen Legislaturperiode acht weitere Mitglieder, darunter drei neue, in den Vorstand. Jonitz und Wille können sich dabei wie in der Vergangenheit auf eine Zusammenarbeit aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten in der Delegiertenversammlung stützen.

Von Sascha Rudat

Pünktlich und vollzählig hat die neue Delegiertenversammlung am Abend des 21. Januars ihre Arbeit aufgenommen. Diese bestand zunächst in der Wahl des Kammervorstandes. In geheimer Wahl wurden Präsident, Vizepräsident und die weiteren Mitglieder einzeln gewählt. Die Wahl wurde von Dietrich Banzer (Hartmannbund) als Ältestem des Ärzteparlamentes geleitet.

Neu gewählt wurden in den Vorstand der Chirurg Thomas Werner (Marburger Bund), der Gynäkologe Uwe Torsten (Hartmannbund) und die Allgemeinmedizinerin und Psychotherapeutin Bettina Linder (Hausärzte in Berlin). Nicht mehr dabei sind Sigrid Kemmerling (Marburger Bund), Stephan Bernhardt (Hausärzte in Berlin), Rudolf G. Fitzner (Allianz Berliner Ärzte, jetzt Hartmannbund) und Christian Handrock (Allianz Berliner Ärzte). Vor der Wahl der weiteren Mitglieder hatte die neue Delegiertenversammlung eine Verkleinerung des Vorstandes von 11 auf nunmehr 10 Köpfe beschlossen.

Auch in der 46-köpfigen Delegiertenversammlung gab es einige Bewegung. Während die Liste „Niedergelassene Ärzte“ nicht mehr dabei ist, tritt der „Hartmannbund“ in dieser Amtszeit mit drei Delegierten alleine an. Insgesamt ist rund ein Drittel der DV-Mitglieder neu oder nach einer Pause wieder mit dabei: Neu sind Hannah Arnold, Valerie Kirchner, Anja Dippmann (alle Marburger Bund), Ralph Drochner, Stefan Skonietzki, Florian Garbe, Matthias Lohaus (alle Allianz Berliner Ärzte), Heinrich-Daniel Rühmkorf, Caroline Meller, Katharina Kulike (alle Fraktion Gesundheit), Detlef Köhler (Hartmannbund) und Harm Peters (Vertreter der Berliner Hochschulen). Erneut in die Delegiertenversammlung gewählt wurden Roland Urban (Allianz Berliner Ärzte), Dietrich Banzer (Hartmannbund), Dieter Schwochow (Hausärzte in Berlin) und der ehemalige Kammerpräsident Ellis Huber (Fraktion Gesundheit). Neben den 45 gewählten Delegierten befindet sich auch wieder ein



Vertreter der Berliner Hochschulen in der DV. Auf Imke Puls folgte Harm Peters, Leiter des Dieter Scheffner Fachzentrums für medizinische Hochschullehre der Charité.

„Mit der Wahl des neuen Vorstandes wird die erfolgreiche Arbeit der bewährten Koalition aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten durch die Delegiertenversammlung und die Wähler bestätigt. Ich bedanke mich für das in uns gesetzte Vertrauen“, kommentierte Kammerpräsident Jonitz die Vorstandswahl und fügte hinzu: „Die vor uns liegenden Aufgaben werden wir mit der gewohnten klaren Berliner Linie bewältigen.“

Vizepräsident Wille erklärte: „Das fünfte Mal für eine breit aufgestellte Koalition das Vertrauen des Wählers zu bekommen ist eine seltene Herausforderung, der wir gerecht werden wollen. Unsere wichtigsten Themen wie Erhalt der Freiberuflichkeit, freie Arztwahl, Zugang zur Arztversorgung für alle Ärztinnen und Ärzte sowie Wahrung des Facharztstandards in allen ärztlichen Tätigkeitsfeldern sind weiter aktuell und fordern unseren Einsatz.“

In der direkt im Anschluss folgenden zweiten DV beschlossen die Delegierten die Fortführung der bestehenden Ausschüsse und Gremien bis zu deren Neuwahl. Außerdem wurde der Wahlvorstand für die Wahl der Vertreterversammlung der Berliner Arztversorgung bestimmt. Die Wahl der zwölfköpfigen Vertreterversammlung soll voraussichtlich in der Delegiertenversammlung im März stattfinden.

srd



Erste Amtshandlung der neuen Delegiertenversammlung: Wahl des neuen Kammervorstandes.



Neuer Kammervorstand: Regine Held, Peter Bobbert, Uwe Torsten, Günther Jonitz, Werner Wyrwich, Elmar Wille, Thomas Werner, Bettina Linder, Bernd Müller, Harald Mau (v.l.n.r.)

Der 10-köpfige Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

Präsident	Dr. Günther Jonitz	Marburger Bund	33 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	13 Gegenstimmen - Enthaltungen
Vizepräsident	Dr. Elmar Wille	Allianz Berliner Ärzte	30 Stimmen
Gegenkandidat	Julian Veelken	Fraktion Gesundheit	16 Stimmen - Enthaltungen
1. Mitglied	Prof. Dr. Harald Mau	Allianz Berliner Ärzte	30 Stimmen
Gegenkandidatin	Katharina Kulike	Fraktion Gesundheit	15 Stimmen 1 Enthaltung
2. Mitglied	Dr. Peter Bobbert	Marburger Bund	32 Stimmen
Gegenkandidat	Dr. Stefan Hochfeld	Fraktion Gesundheit	14 Stimmen - Enthaltungen
3. Mitglied	Dr. Regine Held	Allianz Berliner Ärzte	33 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	10 Gegenstimmen 3 Enthaltungen
4. Mitglied	Bettina Linder	Hausärzte in Berlin	39 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	5 Gegenstimmen 2 Enthaltungen
5. Mitglied	Dr. Werner Wyrwich	Marburger Bund	33 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	13 Gegenstimmen - Enthaltungen
6. Mitglied	Dr. Bernd Müller	Allianz Berliner Ärzte	42 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	4 Gegenstimmen - Enthaltungen
7. Mitglied	Dr. Thomas Werner	Marburger Bund	34 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	12 Gegenstimmen - Enthaltungen
8. Mitglied	Dr. Uwe Torsten	Hartmannbund	30 Stimmen
Gegenkandidat	-	-	16 Gegenstimmen - Enthaltungen

Ausführliche biografische Angaben zu den Vorstandsmitgliedern finden Sie in der März-Ausgabe und im Internet unter www.aerztekammer-berlin.de unter der Rubrik Über uns/ Organisation/Vorstand.

Mitglieder der Delegiertenversammlung (14. Amtsperiode)

Marburger Bund	
Nr.	
1.	Dr. med. Günther Jonitz
2.	Dr. med. Peter Bobbert
3.	Dr. med. Christian Storm
4.	Dr. med. Thomas Werner
5.	Dr. med. Werner Wyrwich
6.	Kai Sostmann
7.	Dr. med. Hannah Arnold
8.	Dr. med. Raimund Ordyniak
9.	Dr. med. Matthias Albrecht
10.	Dr. med. Klaus Thierse
11.	Dr. med. Valerie Kirchberger
12.	Dorothea Spring
13.	Dr. med. Anja Dippmann
14.	Prof. Dr. med. Matthias David

Allianz Berliner Ärzte	
1.	Dr. med. Elmar Wille
2.	Prof. Dr. med. Harald Mau
3.	Dr. med. Svea Keller
4.	Dr. med. Roland Urban
5.	Ralph Drochner
6.	Dr. med. Bernd Müller
7.	Dr. med. Stefan Skonietzki
8.	Dr. med. Matthias Bloechle
9.	Dr. med. Regine Held
10.	Dr. med. Florian Garbe
11.	Dr. med. Thomas Wildfeuer
12.	Dr. med. Matthias Lohaus
13.	Helmut Mälzer

Fraktion Gesundheit	
1.	Dr. med. Wolfram Singendonk
2.	Dr. med. Rolf-Jürgen Kühnelt
3.	Julian Veelken
4.	Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf
5.	Dr. med. Ellis E. Huber
6.	Dr. med. Andreas Grüneisen
7.	Caroline Meller
8.	Dr. med. Stefan Hochfeld
9.	Dr. med. Herbert Menzel
10.	Katharina Kulike
11.	Dr. med. Eva Müller-Dannecker

Hausärzte in Berlin	
1.	Dr. med. Wolfgang Kreischer
2.	Dr. med. Gabriela Stempor
3.	Dipl.-Med. Dieter Schwochow
4.	Dr. med. Hans-Peter Hoffert

Hartmannbund	
1.	Dr. med. Dietrich Banzer
2.	Dr. med. Dietrich Bodenstein
3.	Dr. med. Detlef Köhler

Universitätsvertreter	
1.	Prof. Dr. med. Harm Peters

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **4. März 2015** um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 11.02.2015	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	9 P
■ Online-Modul: 01.-19.02.2015 Präsenzseminare: 20.-21.02.2015 und 24.-25.04.2015	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung erforderlich: Tel.: 030 / 408 06-12 06 E-Mail: d.buening@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	37 P
■ Teil B: 06.03.-07.03.2015 Teil C: 17.04.-18.04.2015 Teil D: 26.06.-27.06.2015	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-13 01 / 03 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 160 € / Kursteil	13 P pro Kursteil
■ 13.03.2015	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß FeV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 13.03.-14.03.2015	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Teilnehmergebühr für beide Kurse: 290 €	17 P
■ 17.03.2015	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Die Teilnahme ist kostenfrei.	keine
■ 25.03.2015	Erfahrungsaustausch 2015 zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie in Kliniken und Praxen (weitere Informationen s. S. 12)	Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen Kaiserin Friedrich-Haus Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 01 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich Die Teilnahme ist kostenfrei.	2 P
■ Modul I a: 27./28.03.2015 Modul I b: 24./25.04.2015 Modul I c: 08./09.05.2015 Modul II: 25.04.2015 Modul III: 05./06.06.2015	Medizinische Begutachtung Strukturierte Curriculäre Fortbildung (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: begutachtung@aekb.de	64 P
■ 18.04.2015	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	8 P
■ 27.04.-29.04.2015	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach ArbMedVV und G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 12.06.-13.06.2015	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten zu überbringen Breaking Bad News Basiskurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Die Veranstaltung der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Berliner Notdienst Kinderschutz möchte interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes „vor Ort“ bekannt machen. Sie soll ihnen eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von der praktischen Arbeitsweise der verschiedenen Anlaufstellen und Angebote geben und helfen, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

Referenten:

Andreas Neumann-Witt, Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz;
Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Termin: Mittwoch, 18. Februar 2015; 15 bis 16:30 Uhr

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

Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenfrei. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt.

Eine **persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich:** Tel.: 030 / 408 06-14 03 oder per E-Mail: b.scholz@aekb.de; 3 Fortbildungspunkte

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2015 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 mit einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 02.03.-07.03.2015 / Woche 2: 04.05.-09.05.2015 / Woche 3: 15.06.-20.06.2015 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. 2015 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im sechsten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Um als ärztliche Führungskraft auch die Anforderungen und Konsequenzen ökonomischer Konstellationen verstehen und beeinflussen zu können, werden in einem Planspiel u.a. betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt.

Bei abendlichen Kamingsgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

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

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens Do., 16.04.2015 – Sa., 18.04.2015

Modul 2: Führen als Prozess Do., 25.06.2015 – Sa., 27.06.2015

Modul 3: Führung und Entwicklung Do., 17.09.2015 – Sa., 19.09.2015

Modul 4: Transfer: Sicherung des eig. Konzepts Fr., 11.12.2015

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: PD Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Berlin

Teilnehmerentgelt: 3.400 Euro

Fortbildungspunkte: 80 Punkte

Organisation und Anmeldung: Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05;

E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de

Fragen zum Inhalt: Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 / 408 06-12 00

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

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

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt.

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt: Online-Modul: 01.02.-19.02.2015, Präsenzseminare: 20.-21.02.2015 und 24.-25.04.2015 (jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 06, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Berliner CIRS-Symposium 2015 – Berichts- und Lernsysteme im Krankenhaus

Interne Berichts- und Lernsysteme (auch CIRS genannt) sind fester Bestandteil des klinischen Risikomanagements in vielen deutschen Krankenhäusern. Seit kurzem hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Einrichtung eines CIRS in Krankenhäusern zur Pflicht gemacht.

Diese Neuerung und die langjährigen Erfahrungen mit CIRS nimmt die ÄKB zum Anlass, aktuelle Fragen zur Pflege und Weiterentwicklung der internen Berichts- und Lernsysteme zusammen mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten im Rahmen einer multiprofessionellen Tagung zu diskutieren. Sie richtet sich vor allem

- an Mitarbeitende in Krankenhäusern, die im Qualitäts- und Risikomanagement tätig sind,
- an Pflegenden, Ärztinnen und Ärzte, die als CIRS-Beauftragte für die Einrichtung und die Pflege ihres internen CIRS verantwortlich sind, und
- an Mitglieder der Krankenhausleitungen.

Die Veranstaltung wird durch das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. unterstützt.

Termin: Freitag, den 20. März 2015, 10 bis 16:30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin

Teilnehmerentgelt: Regulär: 80 Euro, 9 Fortbildungspunkte
Ermäßigt: 50 Euro (für Mitarbeitende der am Netzwerk CIRS-Berlin teilnehmenden Kliniken)

Anmeldung erforderlich: Tel.: 030 / 408 06-14 02, Elke Höhne, E-Mail: e.hoehne@aekb.de
Weitere Informationen zum Programm und das Anmeldeformular finden Sie unter: <http://www.aekb.de/CIRS-Symposium.html>

Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Im Oktober 2014 wurde in Berlin ein neuer Leichenschauschein eingeführt. Die von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durchgeführte Veranstaltung geht auf die Handhabung des neuen Leichenschauscheins und mögliche Fehlerquellen beim Ausfüllen ein. Um die Qualität der Leichenschau insgesamt zu verbessern, legen die Referenten besonderen Wert auf das praktische Vorgehen bei der äußeren Leichenschau und stellen differentialdiagnostische Aspekte, Praxisbeispiele und besonders problematische Fälle vor. Im Anschluss an die Vorträge besteht jeweils die Möglichkeit zur Diskussion mit den Experten.

Referentinnen und Referenten:

Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales;
Patrick Larscheid, Bereichsleiter Hygiene und Umweltmedizin im Gesundheitsamt Neukölln von Berlin, stellv. Amtsarzt, Leiter des Berliner Zentralarchivs für Leichenschauscheine;

Dr. med. Levke Quabeck, Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg von Berlin – Gesundheitsamt; Priv.-Doz. Dr. med. Claas Buschmann, Institut für Rechtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Termin: Mittwoch, 11.02.2015, 17 bis 20 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin / Konferenzsaal; Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: kostenfrei, 3 Fortbildungspunkte

Anmeldung: Eine formlose persönliche Anmeldung ist erforderlich, bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten: E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de oder Fax: 030 / 408 06-55 14 03.

Neu: Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“

Begutachtung gehört zu den beruflichen Verpflichtungen des Arztes. Sie fordert vom Arzt einen Rollenwechsel vom Therapeuten zum Gutachter, medizinisches Fachwissen und Beachtung der im jeweiligen Versicherungs- bzw. Rechtsgebiet geltenden Regeln und Bestimmungen.

Die Bundesärztekammer hat in 2014 beschlossen, das bisherige Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (bisher 40 Stunden) durch Ergänzung um die beiden Aufbaumodule „Fachübergreifende Aspekte“ (Modul II; 8h) und „Fachspezifische Aspekte“ (Modul III; 16h) in eine führungsfähige Strukturierte Curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ (neu 64 Stunden) zu überführen.

Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, hat die Ärztekammer Berlin das seit Jahren bewährte Kursprogramm entsprechend erweitert und bietet dieses neu gefasste Curriculum ab März 2015 an. Das Modul III „Fachspezifische Aspekte“ wird von den jeweiligen Fachgesellschaften – bislang Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde – gestaltet. Weitere fachspezifische Module III sind in Planung.

Die Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ wendet sich sowohl an Anfänger im Begutachtungswesen, als auch an Ärztinnen und Ärzte, die bereits über Erfahrungen in der Begutachtung verfügen. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen vermittelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung.

Voraussetzung für die Erlangung der führungsfähigen Bezeichnung „Medizinische Begutachtung“ ist neben einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung und der Teilnahme an allen Modulen des Curriculums die Erstellung von zwei Probegutachten und das Bestehen einer Erfolgskontrolle. Auch für eine Aufnahme in das Gutachter-Verzeichnis der Ärztekammer Berlin ist u.a. die erfolgreiche Teilnahme am Kurs „Medizinische Begutachtung“ erforderlich.

Die erfolgreiche Teilnahme an allen Modulen der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammer Berlin entspricht Ziffer 5.12 der „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)“. Eine entsprechende Bescheinigung zur Vorlage bei der DGUV wird ebenfalls ausgestellt.

Die Module sind einzeln buchbar. Die Absolventen des bisher 40 Stunden umfassenden Curriculums „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ haben die Möglichkeit, mit der Teilnahme an den beiden Aufbaumodulen II und III die führungsfähige Qualifikation nachträglich zu erwerben.

Modul	Termine	CME-Punkte	TN-Entgelt
I a	27./28.03.2015	12 Pkt.	130 EUR
I b	24./25.04.2015	12 Pkt.	130 EUR
I c	08./09.05.2015	16 Pkt.	170 EUR
II	25.04.2015	8 Pkt.	90 EUR
III	05./06.06.2015	16 Pkt.	170 EUR
Gesamtkurs		64 Pkt.	690 EUR

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. P. Marx, ehemals Neurologische Klinik der Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin;

Prof. Dr. med. M. Wich, Unfallkrankenhaus Berlin und Achenbach-Krankenhaus, Königs Wusterhausen

Informationen/Anmeldung: Anja Hellert, Tel.: 030/408 06-12 03; E-Mail: begutachtung@aekb.de

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

www.berliner-aerzte.net!

Neue Berufsordnung in Kraft getreten

Die neue Berufsordnung der Ärztekammer Berlin ist am 20. Dezember in Kraft getreten. Damit hat die Ärztekammer Berlin weitgehend die Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2011 umgesetzt. Darüber hinaus sind die Regelungen zur ärztlichen Sterbebegleitung und zum ärztlich assistierten Suizid, zur Gewährung der Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation sowie zur Definition ärztlicher Tätigkeit neu gefasst worden. Nachfolgend finden Sie eine Übersicht der wichtigsten Änderungen. In Ausgabe 3/2015 werden die einzelnen Punkte näher dargestellt, insbesondere das Thema „Ärztliche Sterbebegleitung“.

Die wichtigsten Änderungen in der Übersicht:

Die Berufsordnung gilt für alle Ärztinnen und Ärzte

Bei der Anwendung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin hat sich in der Vergangenheit häufig die Frage nach der Reichweite der in der Berufsordnung geregelten Berufspflichten gestellt. Hier standen vor allem Fälle zur Diskussion, in denen Ärztinnen und Ärzte nicht unmittelbar am Patienten tätig waren und im Rahmen solcher Tätigkeiten (z. B. in Behörden oder wissenschaftlichen Einrichtungen) mit Vorschriften der Berufsordnung in Konflikt gerieten. Mit der neuen Regelung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (§ 1 Abs. 2) ist jetzt klargestellt worden, dass die in der Berufsordnung festgelegten Berufspflichten für alle Ärztinnen und Ärzte gelten. Das sieht auch das Bundesverwaltungsgericht so. Es hat betont, dass die Landesärztekammern die beruflichen Belange der Gesamtheit der Ärzte zu wahren und an der Erhaltung einer sittlich und wissenschaftlich hoch stehenden Ärzteschaft mitzuwirken haben (BVerwGE 39, 100, 103).

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, erklärte zu diesem Punkt: „Ich freue mich, dass wir mit der neuen Berufsordnung die Reichweite ärztlicher Tätigkeit klarer fassen können. Auch Ärztinnen und Ärzte, die nicht unmittelbar am Patienten arbeiten, bringen an vielen Stellen (u.a. wissenschaftliche

Einrichtungen, Krankenkassen) ihren ärztlichen Sachverstand und ihre ärztliche Verantwortung ein.“

Unterscheidung zwischen ärztlicher Sterbebegleitung und ärztlich assistiertem Suizid

Die Ärztekammer Berlin hat die ärztliche Sterbebegleitung (§ 16 BO) und den ärztlich assistierten Suizid (§ 1 Abs. 3 BO) getrennt voneinander geregelt. Die Regelung, wonach der ärztlich assistierte Suizid keine ärztliche Aufgabe ist, ist jetzt in § 1 (Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte) geregelt. Damit wird bereits deutlich, dass ärztlich assistierter Suizid und ärztliche Sterbebegleitung unabhängig voneinander zu sehen sind.

Die Ärztekammer Berlin stellt mit der Regelung der Berufsordnung auch die bisher schon geltende Rechtslage klar, wonach der ärztlich assistierte Suizid zwar keine Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist, es jedoch Ausnahmen geben kann. Dort, wo Ärztinnen und Ärzte im Einzelfall und in engsten Grenzen eine Gewissensentscheidung treffen, darf die Ärztekammer nicht mit dem Berufsrecht einwirken. Die Regelung des ärztlich assistierten Suizids kann zudem nur einen potenziellen und sehr kleinen Kreis von Schwerstkranken und die sie langjährig betreuenden Ärztinnen und Ärzte betreffen. Anders als in der Öffentlichkeit oftmals dargestellt, stellen z.B. das vom Patienten verlangte Abstellen von medizinischen Geräten oder der von diesem verlangte Abbruch einer bereits begon-

nenen Therapie, auch wenn dies den Eintritt des Todes zur Folge hat, keinen ärztlich assistierten Suizid dar; dem Willen des Patienten ist in solchen Fällen, ganz unabhängig von den Regelungen zum ärztlich assistierten Suizid, zu entsprechen.

Einsichtnahme in Behandlungsdokumentationen

Der Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation können nur therapeutische Gründe, die Rechte Dritter und die Rechte der Ärztin oder des Arztes entgegenstehen. Die alte Regelung, wonach diejenigen Teile der Behandlungsdokumentation, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten, von der Einsichtnahme ausgenommen werden können, gilt nach der Neuregelung des § 10 Abs. 2 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin nicht mehr. Bei subjektiven Aufzeichnungen des Arztes, die dessen Persönlichkeitsrecht oder das Persönlichkeitsrecht Dritter berühren, muss eine Interessenabwägung erfolgen. In solchen Fällen ist eine Abwägung zwischen den Persönlichkeitsrechten des Arztes oder des Dritten und dem Informationsinteresse des Patienten vorzunehmen.

Was ist die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin?

Die Berufsordnung der Ärztekammer Berlin definiert nicht nur die Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte sondern regelt vor allem die Kernpflichten bei der ärztlichen Berufsausübung; hierzu gehören die ärztliche Schweigepflicht genauso wie die Pflicht zur Aufklärung des Patienten vor Durchführung eines Eingriffs, die Pflicht zur Dokumentation der ärztlichen Behandlung und die Beachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Die Berufsordnung enthält zudem Regelungen, die die ärztliche Unabhängigkeit von Industrie und anderen Akteuren im Gesundheitswesen sicherstellen sollen sowie die Verpflichtung zur Fortbildung und zur Gewährleistung eines ausreichenden Haftpflichtversicherungsschutzes.

Faktencheck: „Neuer Leichenschauschein“

Einführung des neuen Leichenschauscheins

Seit 01.10.2014 gibt es den neuen Leichenschauschein (siehe auch „Änderung der Durchführungsverordnung zum Berliner Bestattungsgesetz“ auf www.aerztekammer-berlin.de → Berufsrecht → Gesetzesänderungen). BERLINER ÄRZTE fasst zusammen, was es Neues zu beachten gibt.

Aufbau und Verwendung des neuen Leichenschauscheins:

- Neben einem neuen Vorblatt mit einleitenden Erklärungen und Übersichtsgrafik besteht der neue Leichenschauschein (LSS) wie bisher aus zwei Teilen, einem nicht-vertraulichen und einem vertraulichen Teil:
 - Nicht-Vertraulicher Teil = Blatt 0, weißes Blatt (1 Seite)
 - Vertraulicher Teil = 4 Blätter, wobei hiervon nur das erste Blatt auszufüllen ist (Rest Durchschrift)
- **Blatt 1 (Rosa)** und **Blatt 2 (Grün)** des vertraulichen Teils bleiben bei der Leiche bzw. händigt der leichenschauende Arzt verschlossen im dazugehörigen Umschlag 1 zusammen mit dem nicht-vertraulichen Teil (**Blatt 0**) dem Hinterbliebenen aus, der diese Dokumente an das Standesamt weiterleitet.
- **Blatt 3 (Gelb)** des vertraulichen Teils wird ebenfalls verschlossen im beiliegenden Umschlag 2 bei der Leiche belassen. Der Bestatter leitet es nach der Bestattung an das „Zentralarchiv für Leichenschauscheine“ (ZfL) weiter. Auf der Rückseite gibt es Raum für einen eventuellen Sektionsbefund.
- **Blatt 4 (Blau)** des vertraulichen Teils ist für den leichenschauenden Arzt bestimmt, der zukünftig – anders als bisher – eine Ausfertigung des Leichenschauscheins für seine eigenen Unterlagen selber archiviert (zehn Jahre Aufbewahrungsfrist).

Welche Angaben müssen im LSS eingetragen werden:

- Personenangaben + Sterbeort
- Todesart + Kausalkette bis zur Todesursache + ICD + Zeitangaben
- Sichere Zeichen des Todes (Nr. 8)
- Unterschrift des leichenschauenden Arztes + Stempel
- Sterberegisternummer wird später vom Standesamt eingetragen

Hohe Verantwortlichkeit des Arztes:

- Neu ist, dass Ärzte ausdrücklich bescheinigen, dass sie die Leichenschau korrekt durchgeführt haben und entscheiden, ob die Leiche zur Bestattung freigegeben werden kann oder ob weitere Ermittlungen notwendig sind.
- Neu ist auch, dass der leichenschauende Arzt die ICD-Diagnose eintragen muss und die Kausalkette codiert (hilfreich und schnell zur Hand sind hierfür diverse ICD-Apps, die für gängige Smartphones verfügbar sind).
- Die seit 01.10.14 geltenden Sorgfaltsanforderungen sehen vor, dass die Leichenschau „bei ausreichender Beleuchtung und an der vollständig entkleideten Leiche unter Einbeziehung aller Körperregionen, insbesondere des Rückens und der behaarten Kopfhaut sorgfältig durchzuführen ist“. Eine sorgsame, leserliche Befunderhebung ist dabei unabdingbar.

Datenschutz und Datenerhebung:

- Durch die Neuregelung des Bevölkerungsstatistikgesetzes wurde beim neuen LSS ein Durchschreibeformularsatz eingeführt, bei dem ein Teil der Daten für das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg neuerdings zum großen Teil geschwärzt bzw. pseudonymisiert sind.
- Neu ist auch, dass die Gesundheitsämter die LSS auf Plausibilität überprüfen (der leichenschauende Arzt ist hierbei zu Auskünften verpflichtet) und dem neu eingerichteten „Zentralarchiv für Leichenschauscheine der Gesundheitsämter“ (ZfL) zuleiten. Hier werden die LSS zentral verwaltet und archiviert sowie eine Ausfertigung an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg abgegeben. Das ZfL übermittelt für die Gesundheitsämter außerdem monatlich Kopien der LSS an das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen. Das ZfL ist am Gesundheitsamt Neukölln angesiedelt.
- Die aus dem vertraulichen Teil des LSS erhobenen Daten sind wichtige Gesundheitsindikatoren. Sie sorgen für eine fundierte Todesursachenforschung und lassen Handlungsempfehlungen und Strategien ableiten für die Gesundheitspolitik und die epidemiologische Forschung. Die Daten zur Sterblichkeit geben Auskunft über den Zustand des Gesundheitswesens eines Landes.

Todesartfeststellung:

- Zu unterscheiden ist zwischen „**natürlichem Tod**“ (= Ursache gravierende, lebensbedrohliche Krankheit, Patient war deshalb vorher in Behandlung) und „**nicht natürlichem Tod**“ (= Todesfall, der auf ein von außen einwirkendes Ereignis zurückzuführen ist, unabhängig davon, ob selbst- oder fremdverschuldet).

Letztere Todesart sollte bereits bei kleinstem Zweifel attestiert werden. Bei einem unbekanntem Verstorbenen sollte der Leichenschauende Arzt von der Auskunftspflicht der behandelnden Ärzte Gebrauch machen.

- „Ungewiss“ ist die Todesart, wenn weder ein „natürlicher“ noch ein „nicht-natürlicher“ Tod bescheinigt werden kann. Sobald sich Anhalts-

punkte für eine „nicht-natürliche“ oder „ungewisse“ Todesart ergeben, muss der Arzt die Leichenschau beenden, die bis dahin erhobenen Befunde eintragen und unverzüglich die Polizei benachrichtigen. Außer Blatt 4 des Formularsatzes muss dann der komplette LSS mit Umschlägen der Polizei übergeben werden. Es gilt also, im Zweifelsfall lieber ein „unge-

wiss“ einzutragen, als eine Fehleinschätzung abzugeben. Erst dann wird die Kriminalpolizei aktiv.

Lockerung der Schweigepflicht:

- Der leichenschauende Arzt ist unter bestimmten Voraussetzungen und unter Wahrung der schutzwürdigen Belange des Verstorbenen zur Auskunftserteilung gegenüber anfragenden Behörden oder Versicherungen verpflichtet (wenn bspw. das behördliche Interesse an der Information im LSS das Geheimhaltungsinteresse der verstorbenen Person überwiegt).

Lesen Sie zum gleichen Thema auch „Neues zur ärztlichen Leichenschau“ in BERLINER ÄRZTE 10/2014.

Michaela Peeters

Auf einen Blick

- Verpflichtet die Leichenschau vorzunehmen, ist jeder niedergelassene Arzt sowie bei Sterbefällen im Krankenhaus jeder dort tätige Arzt.
- Ab 01.10.14 sollen nur noch die neuen LSS verwendet werden – Altbestände sollen vernichtet werden.
- Der neue LSS besteht aus 5 farblich gekennzeichneten Blättern und aus 2 Teilen (nicht-vertraulich/vertraulich) + Hinweisblatt mit Übersichtsgrafik.
- Neu ist die Pseudonymisierung der Daten für das Amt für Statistik, die Sorgfaltsanforderungen an den leichenschauenden Arzt, das Codieren der Kausalkette mittels ICD-Code, die Pflicht zur Archivierung eines Durchschlags des LSS durch den leichenschauenden Arzt sowie die Einführung eines amtlichen Formulars der „Vorläufigen Todesbescheinigung“ für Notärztinnen und -ärzte.
- Bei der Kassenärztlichen Vereinigung ist eine zuständige Dienstgruppe im Bereitschaftsdienst – das „Leichenschau-Team“ – erreichbar unter 116 117.
- ICD-Apps können vor Ort helfen.
- Form und Aufbau des Leichenschauscheins unterliegen in Deutschland der Zuständigkeit der Bundesländer und sind nicht vereinheitlicht.

Weitere Informationen zum neuen Leichenschauschein bietet die Fortbildungsveranstaltung „**Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau**“, die die Ärztekammer Berlin aufgrund des großen Interesses am **11.02.2015** zum zweiten Mal in ihrem Hause in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin durchführt (siehe auch Fortbildungskalender S. 24).

Medizinisches Wissen im Wettbewerb

Virchow Contest für Studierende der Charité

Erstmals fand am 12. Dezember 2014 der Virchow Contest für Studierende der Charité am Campus Virchow-Klinikum statt. In Ihrer Begrüßung wies die Prodekanin für Studium und Lehre, Professor Adelheid Kuhlmeier, auf die Tradition studentischer Wissenswettbewerbe an der Charité hin. Erstmals 1998 als Benjamin Franklin Contest am gleichnamigen Campus in Steglitz durchgeführt, wanderte dieser inzwischen mit bundesweiter Beteiligung ab 2012 nach Frankfurt am Main ab und änderte seinen Namen dabei in Goethe Contest. Nun erfolgte unter organisatorischer Leitung durch Dr. Axel Schunk aus der Abteilung für Curriculumsorganisation (ACO) des Prodekanats für Studium und Lehre die Wiederbelebung eines Berliner Wettbewerbes.

Von Raimund Senf

Bei dem Berliner Contest traten fünf Teams zu je fünf Studierenden aller drei grundständischen medizinischen Studiengänge der Charité (Modell-, Reform- und Regelstudiengang) gegeneinander an. Die Teams konnten in verschiedenen Disziplinen Punkte sammeln:

- **Diagnose Blick:** Im direkten Wettbewerb sollten Blickdiagnosen anhand von Abbildungen von klinischen Bildern und Befunden oder pathologischen oder mikroskopischen Präparaten erstellt werden. Hierbei musste zunächst ein Summer betätigt werden und nur das jeweils schnellste Team durfte antworten.
- **Diagnose Check:** Unter Zuhilfenahme von mit den bereits erworbenen Punkten erkaufte Untersuchungsergebnisse mussten klinische Problembeschreibungen aufgelöst werden. Dazu durften die Teams nacheinander jeweils eine Untersuchung anfordern und dann ggf. einen Diagnoseversuch abgeben oder die Frage weitergeben.
- **MedQuiz:** Multiple-Choice Fragen unterschiedlichen Schwierigkeitsgrades zu festgelegten Themenkomplexen mussten von einer virtuellen Fragewand ausgewählt und beantwortet werden; je schwieriger die Frage, desto höher die erworbene Punktezahl.
- **Praktische Aufgabe:** Jedes Team musste eine am Übungsphantom simulierte Notfallbehandlung vorneh-

men. Hierbei war ein Patient zu versorgen, der sich mit einer instabilen ventrikulären Tachykardie in einer Hausarztpraxis vorstellte.

Fand sich zu einer Frage partout keine Antwort, durfte sich das Publikum beteiligen. Bei richtiger Antwort gab es Schokolade und Gummibärchen zur Belohnung.

Nach dreistündigem Wettkampf ging schließlich das Team „Weekly case report“ als Sieger hervor und konnte sich über einen Büchergutschein im Wert von insgesamt 500 Euro freuen, den die Ärztekammer Berlin gestiftet hatte. Der zweite Preis, ein Buchpaket der Buchhandlung Lehmanns, ging an das Team „Hormonring“. Die Teams der Plätze 3 bis 5 konnten sich über ein vorweihnachtliches Lebkuchenpaket freuen.

Zum gemütlichen Ausklang fanden sich Teilnehmer, Veranstalter und Publikum im Foyer des Lehrgebäudes zu knackigen Brezeln und gekühlten Getränken ein.

Die Veranstalter bedanken sich herzlich bei allen Teilnehmern, Zuschauern und Mitwirkenden (z.B. den Hochschullehrern aus der Jury und der Hörsaalbetreuung) sowie den Förderern, insbesondere der Ärztekammer Berlin mit ihrem Präsidenten Dr. Günther Jonitz, für Ihre Spenden.

Für 2015 sind sowohl die Beteiligung am Goethe Contest in Frankfurt als auch ein erneuter Virchow-Contest in Berlin vorgesehen.



Die teilnehmenden Teams und Mitwirkenden versammeln sich nach 3 Stunden Contest zum Gruppenbild.

Abrechnungsfähigkeit nicht-ärztlicher Praxisassistentinnen und Praxisassistenten

Fortbildungsangebote der Ärztekammer Berlin

Bislang konnten Hausärzte in unterversorgten Regionen nicht-ärztliche Praxisassistenten beschäftigen und Leistungen abrechnen. Ab Januar 2015 ist das nach einer Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen bundesweit möglich. **Hausärzte erhalten eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung**, wenn sie einen nicht-ärztlichen Praxisassistenten mit der geforderten Qualifikation für mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigen und innerhalb der letzten vier Quartale eine bestimmte Anzahl Patienten behandelt haben. Die erforderliche Qualifikation des Praxisassistenten richtet sich nach der Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b) S. 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung, Stand: 1. Januar 2015).

Praxismitarbeiter, die die Aufgabe übernehmen sollen, müssen

- **grundqualifiziert sein** (Medizinische/r Fachangestellte/r, Arzthelfer/in oder Abschluss nach dem Krankenpflegegesetz),
- nach dem **grundqualifizierenden** Abschluss mindestens drei Jahre Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis gesammelt haben,
- und **zusatzqualifiziert** sein.

Die erforderliche Zusatzqualifikation umfasst 20 Stunden im Notfallmanagement (erweiterte Notfallkompetenz) sowie, abgestuft nach der Dauer der Berufserfahrung des Praxisassistenten, 20, 30 oder 50 Stunden praktische Fortbildung sowie 150, 170 oder 200 Stunden theoretische Fortbildung. Nach einer Übergangsregelung in der Delegations-Vereinbarung ist die Genehmigung – bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen – auch zu erteilen, wenn nachgewiesen wird, dass

mit der Fortbildung bereits begonnen wurde und zu erwarten ist, dass sie bis zum 30. Juni 2016 abgeschlossen wird.

Bei der Bundesärztekammer ist ein Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ entwickelt worden, das den Vorgaben der Delegationsvereinbarung entspricht. Für die Mengensteuerung der auf diesem Curriculum basierenden Fortbildungsangebote der Ärztekammer Berlin benötigen wir Angaben zu Ihrem Fortbildungsbedarf. Bitte lassen Sie uns diese mittels des beiliegenden Coupons zukommen.

Wir bitten Sie um Ihr Verständnis dafür, dass die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen in der Delegationsvereinbarung geschaffenen Genehmigungsvoraussetzungen (z. B. zur erforderlichen Grundqualifikation und zur notwendigen Berufserfahrung des Praxisassistenten) nicht zur Disposition der Ärztekammer Berlin stehen. **Ihre genehmigende Stelle, und damit auch verbindlich aussagefähig zu allen Genehmigungsvoraussetzungen, ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin.**

Weitere Informationen, insbesondere zum Beginn der Fortbildungsveranstaltungen sowie zum Anmeldeverfahren, erhalten Sie demnächst in Berliner Ärzten, auf der Homepage der Ärztekammer Berlin sowie telefonisch unter der Nummer 4 08 06 – 26 26.

Bitte senden Sie den Coupon bis zum 20.02.2015 zurück an: Ärztekammer Berlin, Abt. 3 - Berufsbildung, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin oder per Fax an: **4 08 06 – 22 99** oder per Mail an: **MedF@aekb.de**.
Bitte senden Sie uns den Coupon nicht zurück, wenn Sie uns bereits entsprechende Angaben gemacht haben. Wir haben Ihre Daten notiert.

Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

Praxisadresse (Bitte in Druckbuchstaben / Stempel)	Telefon
	Fax
	Mail
	Ansprechpartner
Assistenzpersonal mit dem Abschluss Medizinische/r Fachangestellte/r bzw. Arzthelfer/in oder einem Abschluss nach dem Krankenpflegegesetz, das fortgebildet werden soll:	_____ Personen
Davon haben nach dem Erwerb des berufsqualifizierenden Abschlusses Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis erworben: a) mindestens 3, weniger als 5 Jahre	_____ Personen
	b) weniger als 10 Jahre _____ Personen
	c) mehr als 10 Jahre _____ Personen

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November und Dezember 2014 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Birgitta Ahlers	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18.11.14
Hisham Al Hazmi	FA Gefäßchirurgie	16.12.14
Dr. med. Tobias Alexander	FA Innere Medizin und Rheumatologie	03.12.14
Sarah Algubaisi	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.11.14
Andreas Ramme	FA Anästhesiologie	08.12.14
Anja Baier	FA Allgemeine Chirurgie	18.11.14
Dr. med. Benedikt Bartholomé	FA Innere Medizin	12.11.14
Dr. med. Jan Philip Bartling	FA Innere Medizin	12.11.14
Alexandra Behnen-Pesenti	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.12.14
Dr. med. Pirus Beizai	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.12.14
Biljana Boes	FA Innere Medizin	03.12.14
Dr. med. Roberta Bova-Kamphues	FA Viszeralchirurgie	18.11.14
Anika Brea Salvago	FA Arbeitsmedizin	18.11.14
Christian Brokat	FA Allgemeine Chirurgie	18.11.14
Dr. med. Dirk Buchwald	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	12.11.14
Dr. med. Marko Chatzopoulos	FA Neurologie	11.12.14
Claudio Chesi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Dr. med. Torsten Christ	FA Herzchirurgie	16.12.14
Erdembayar Damdinsuren	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Tareef Daqqaq	FA Radiologie	26.11.14
Dr. med. univ. Benjamin Zivcsec	FA Radiologie	26.11.14
Dr. med. Jan Ebbinghaus	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.12.14
Dr. med. Kai Eggers	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.12.14
Dr. med. Felicitas Ehlen	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.11.14
Christian Eimermacher	FA Innere Medizin	26.11.14
Dr. med. Felicitas Escher	FA Innere Medizin und Kardiologie	12.11.14
Wael Eskander	FA Allgemeine Chirurgie	25.11.14
Dr. med. Kerstin Fiegler	FA Innere Medizin und Nephrologie	12.11.14
Prof. Dr. med. Carsten Finke	FA Neurologie	27.11.14
Nicolas Freier	FA Viszeralchirurgie	18.11.14
Dr. med. Juliane Freudenberger	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	03.11.14
Dr. med. Claire Galanski	FA Allgemeinmedizin	25.11.14
Dr. med. Diego Manuel Garcia De San Roman Marin	FA Innere Medizin und Kardiologie	12.11.14
Joanna Grochowska	FA Anästhesiologie	11.12.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Rita Gschwendtner	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	18.11.14
Anna Hadjisofokli	FA Innere Medizin	10.12.14
Dr. med. Sandra Hagner	FA Strahlentherapie	15.12.14
Steffen Hasche	FA Innere Medizin	10.12.14
Dr. med. Jonas Hector	FA Innere Medizin	10.12.14
drs Yvonne Heit	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	02.12.14
Nurcihan Hermes	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	03.11.14
Daniela Hesse	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.11.14
Dr. med. Lukas Hirt	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.12.14
Dr. med. Paula Hoff	FA Innere Medizin und Rheumatologie	03.12.14
Dr. med. Bimba Franziska Hoyer	FA Innere Medizin und Rheumatologie	03.12.14
Dr. med. Franziska Hub	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.11.14
Marco Hübner	FA Anästhesiologie	11.12.14
Dr. med. Daniel Humme	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	30.12.14
Jens Humrich	FA Innere Medizin und Rheumatologie	03.12.14
Dr. med. Julia Jäger	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	19.11.14
Dr. med. Irina Jahnke	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	17.12.14
Dr. med. Alexander Kauhausen	FA Augenheilkunde	12.11.14
Dr. med. Luise Keller	FA Neurologie	27.11.14
Dr. med. Birgit Kerstin Klages	FA Innere Medizin und Pneumologie	26.11.14
Dr. med. Sven Kleist	FA Viszeralchirurgie	25.11.14
Dr. med. Clemens Köhncke	FA Innere Medizin	10.12.14
Dr. med. Robert Körner	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.12.14
Sabine Kramer	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	03.11.14
Olav Krauß	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18.11.14
Dr. med. Alexandra Kroll	FA Innere Medizin	03.12.14
Hans Rüdiger Krupp	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Dr. med. Franziska Kuntze	FA Allgemeinmedizin	02.12.14
Alexandra Kuzyshyn	FA Allgemeinmedizin	02.12.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Katharina Leikam	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	19.11.14
Dr. med. Karin Leschka	FA Augenheilkunde	12.11.14
Dr. med. Martin Markovski	FA Laboratoriumsmedizin	02.12.14
Nicol Mikolai	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	03.12.14
Dr. med. Hanna Mumm von Bonsdorff	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	10.12.14
Dr. med. Susanne Nitschke	FA Anästhesiologie	11.12.14
Katrin Oels	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.12.14
Sarah Ohrndorf	FA Innere Medizin und Rheuma- tologie	03.12.14
Andre Paschkewitz	FA Innere Medizin	26.11.14
Katharina Pechlivanis	FA Innere Medizin	03.12.14
Helge Pensky	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	03.11.14
Dr. med. univ. Martin Petruca	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	30.12.14
Dr. med. Katja Pfüller	FA Nuklearmedizin	12.11.14
Dr. med. Tobias Polch	FA Innere Medizin und Kardiologie	12.11.14
Giulia Pupillo	FA Psychiatrie und Psychotherapie	09.12.14
Dr. med. Nadine Quoos	FA Innere Medizin	03.12.14
Dr. med. Guillermo Ramirez Fernandez	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	19.11.14
Annette Rindtorff	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.11.14
Dr. med. Sabine Rodloff	FA Allgemeinmedizin	25.11.14
Dr. med. Philipp Rösch	FA Innere Medizin und Nephrologie	12.11.14
Dr. med. Christine Rose	FA Anästhesiologie	08.12.14
Dr. med. Robert Rospino	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	03.11.14
Crina-Ramona Rus	FA Innere Medizin	12.11.14
Marcos Rust Moreira	FA Innere Medizin	26.11.14
Dr. med. Wasiem Sanad	FA Innere Medizin und Angiologie	10.12.14
Dr. med. Sascha Schiffler	FA Radiologie	19.11.14
Rasmus Schmädicker	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	19.11.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Constanze Schmidt	FA Radiologie	19.11.14
Dr. med. univ. Marc Schmit	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	30.12.14
Rebekka Schnödewind	FA Innere Medizin	26.11.14
Dr. med. Helge Schönfeld	FA Transfusionsmedizin	27.11.14
Dr. med. Wenzel Schöning	FA Viszeralchirurgie	25.11.14
Natalie Schwarzappel	FA Radiologie	26.11.14
Nadine Schwertner-Tiepelmann	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	19.11.14
Dr. med. Tim Seifert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Dr. med. Yasar Sezgin	FA Gefäßchirurgie	16.12.14
Dr. med. Shirin Simo	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	03.12.14
Konstanze Stulich	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.11.14
Dr. med. Kristina Tempel	FA Allgemeinmedizin	02.12.14
Dr. med. Iris Thurm	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Dr. med. Tobias Topp	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.12.14
Baris Tutkun	FA Herzchirurgie	16.12.14
Daniela Uribe Holmgren	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	19.11.14
Dr. med. Alexandra van der Brock	FA Allgemeinmedizin	02.12.14
Priv.-Doz. Dr. med. Falk von Dincklage	FA Anästhesiologie	08.12.14
Dr. med. Silke Wegener	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	03.12.14
Dr. med. Kathrin Weidinger	FA Innere Medizin und Pneumologie	26.11.14
Irene Wotschel	FA Allgemeinmedizin	25.11.14
Ronghui Wu	FA Anästhesiologie	11.12.14
Dr. med. Nicole Zimmermann	FA Augenheilkunde	12.11.14

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

Massenbehandlung mit Statinen*

Um wirklich informationsbasierte Entscheidungen zu treffen, bedarf es einschneidender Änderungen bei der Erfassung und Kommunikation von Wirksamkeitsnachweisen.

Ben Goldacre Research Fellow in Epidemiologie, **Liam Smeeth** Professor für Klinische Epidemiologie

London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT, Großbritannien

ben.goldacre@lshtm.ac.uk

Ganz allgemein gesagt sind Statine billig und nutzen wahrscheinlich eher, als sie schaden. Diese ganz allgemeine Aussage ist aber vielleicht nicht mehr ausreichend. Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) empfiehlt nun, allen Personen, deren 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis höher als 10 % ist, ein Statin anzubieten. Schätzungen zufolge trifft dies auf 25 % der Bevölkerung zwischen 30 und 85 Jahren zu.¹ Wenn wir einer so großen Anzahl gesunder Menschen ein Arzneimittel zur Prävention anbieten, sind wir weit davon entfernt, als Ärzte kranke Patienten zu behandeln. In mancherlei Hinsicht ähneln wir dann eher Verkäufern von Lebensversicherungen als Ärzten: Gegen ein geringes Maß an laufenden Kosten und Unannehmlichkeiten stellen wir Vorteile für die ferne Zukunft in Aussicht, die sich nur in wenigen Fällen manifestieren oder gar lebensverändernd sind. Dieses Vorgehen repräsentiert eine neue Art der Medizin; damit jedoch informationsbasierte Entscheidungen ermöglicht werden, die unterschiedlichen Patientenpräferenzen entsprechen, sind einschneidende strukturelle Verbesserungen bei der Erfassung und Kommunikation wissenschaftlich belegter Wirksamkeitsnachweise erforderlich.

Die aktuelle Datenlage für den Statineinsatz ist von vielen vermeidbaren Schwächen gekennzeichnet. Wichtige Fragen zum Wirksamkeitsvergleich und zur Wirksamkeit bei verschiedenen Risikostrata sind niemals adäquat beantwortet worden.^{2,3} Beispielsweise ist der Unterschied in Bezug auf Mortalitätsvorteile und Nebenwirkungen zwischen hoch und niedrig dosiertem Atorvastatin in der neuen primären Vorsorgepopulation der Patienten mit einem Risiko von 10 % noch immer unbekannt. Noch wichtiger ist möglicherweise, dass keine zuverlässigen Daten aus randomisierten Studien über häufige symptomatische Nebenwirkungen von Statinen vorliegen.⁴⁻⁶

Die anhaltende Unsicherheit in Bezug auf die genauen Risiken und Vorteile von Statinen stellt ein ernst zu nehmendes Hindernis für informationsbasierte Patientenentscheidungen dar. Nach zwei Jahrzehnten der Statinverordnung auf breiter

Basis zeigt sich darin außerdem, dass die wichtigsten Prinzipien evidenzbasierter Medizin bis heute noch nicht implementiert wurden. Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Großbritannien; die Behandlungsergebnisse sind relativ leicht nachprüfbar, und Statine sind die am häufigsten verordnete Arzneimittelklasse innerhalb des britischen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS). Diese Fakten sollten für ausreichend Motivation und klinische Erfahrung sorgen, um jegliche Unsicherheiten zu klären.

Das Erfassen der Vorteile einer mäßig wirksamen präventiven Therapie bei Teilnehmern mit geringem Risiko bringt besondere wissenschaftliche Herausforderungen mit sich. Die Notwendigkeit hoher Teilnehmerzahlen und langer Nachbeobachtungszeiten sind Kostentreiber. Der NHS bietet hier jedoch eine einmalige Innovationschance.⁷ Wenn auf breiter Basis angewendete Therapien mit bekannter Sicherheit und Wirksamkeit miteinander verglichen werden, sollte es kein Problem sein, randomisierte Studien ohne großen Aufwand in die klinische Routine zu integrieren: Die Behandlungsergebnisse können anhand der kostengünstigen, routinemäßig erfassten Daten in den elektronischen Patientenakten nachvollzogen werden. Ein solches Beispiel könnte ein Vergleich zwischen hoch und niedrig dosierter Statintherapie in einer Population mit geringem Risiko sein. Wir haben vor Kurzem den Versuch einer ähnlichen Studie unternommen, sahen uns dabei jedoch mit zahlreichen, kostenintensiven regulatorischen Hürden konfrontiert, die im Vergleich zu den Risiken unverhältnismäßig hoch waren.⁸

Auch bei der effektiven Kommunikation von Wirksamkeitsnachweisen gibt es bedeutsame Herausforderungen. Hier versagt sogar das NICE. Ärzte werden zwar angewiesen, Patienten die Vorteile der Therapie klar zu vermitteln – sowohl was die hohe als auch die niedrige Dosierung und die einzelnen

* Übersetzung aus BMJ 2014;349:g4745 doi: 10.1136/bmj.g4745 (erschienen am 23. Juli 2014)

Risikostufen angeht. In der 302 Seiten umfassenden Leitlinie fehlen jedoch entsprechende Angaben. Diese Daten sind aber von entscheidender Bedeutung, da der Einzelne den verschiedenen Risiko- und Nutzenaspekten eine unterschiedliche Gewichtung einräumt: Manche wollen etwa ein langes Leben um jeden Preis, während andere bereits leichte Nebenwirkungen als Zumutung empfinden.

Die beste Lösung beinhaltet wahrscheinlich Entscheidungshilfen^{9,10} – auf Zahlen beruhende Auswertungsbögen, die auf das individuelle Patientenrisiko zugeschnitten sind – sofern diese nahtlos in die Systeme der elektronischen Patientenakten integriert, validiert und als attraktive und nützliche Produkte angeboten werden können.¹¹ Leider erhalten derartige Hilfsmittel nicht einmal das Maß an Finanzierung oder Aufmerksamkeit, das Generika zuteilwird. Daher werden sie eher vereinzelt angewendet, wobei die Daten häufig auf umständliche Art manuell eingegeben werden müssen. Wenn das NICE diese Informationen mit derselben Deutlichkeit wie die Pillen empfehlen würde, könnte dies dazu beitragen, eine Nachfrage und einen Markt zu schaffen und letztlich die Finanzierung innerhalb des NHS zu ermöglichen.

Derzeit scheint das NICE jedoch keine klare Linie zu haben, was seine wichtigsten Empfehlungen angeht. In der Presseerklärung und der Öffentlichkeitsarbeit für die Leitlinie wurden Lebensstiländerungen und die erforderliche eindeutige Aufklärung der Patienten zu den Vorteilen betont.¹² In der Leitlinie selbst findet sich jedoch ein anderer Schwerpunkt: Bei vier der acht wichtigsten zu implementierenden Empfehlungen steht das beste Hilfsmittel zur Identifikation der geeigneten Patienten für die Therapie im Vordergrund und bei den anderen vier Atorvastatin. In keiner Empfehlung wird der Lebensstil oder die Kommunikation der Wirksamkeitsnachweise in Bezug auf die Therapieoptionen erwähnt. Das NICE fasst zahlreiche randomisierte Studien zu Interventionen zusammen, die darauf abzielen, den Einzelnen zu einer verbesserten Ernährungsweise und Sport zu motivieren – meist mit negativen Ergebnissen; dennoch werden diese Interventionen empfohlen. Lebensstiländerungen sind wahrscheinlich von großem gesundheitlichen Nutzen, der weit über eine Lipidsenkung hinausgeht. Es liegen jedoch keine überzeugenden Nachweise vor, dass sich Menschen besser ernähren oder mehr Sport treiben, nur weil man ihnen dies nahelegt. Die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung ist höher, wenn sich der wirtschaftliche, soziale und kulturelle Kontext der Betroffenen ändert, wodurch ihnen diese Umstellungen leicht fallen. Hierzu sind allerdings grundlegende Änderungen etwa in der landesweiten Politik, ausgehend von den Daten aus dem

öffentlichen Gesundheitswesen, erforderlich. Im Hinblick auf Umsetzung und Finanzierung sind diese jedoch weitaus schwieriger als Änderungen bei Arzneimitteln oder Empfehlungen.

Bei der Realisierung der Informationsrevolution, die für informationsbasierte Entscheidungen bei einer Massenverordnung erforderlich ist, gibt es ähnliche Herausforderungen. Es ist unwahrscheinlich, dass Ärzte damit beginnen, Patienten Informationen in numerischer Form zu geben, nur weil ihnen dies nahegelegt wird. Es wäre aber durchaus möglich, dass sie dies tun, wenn das NICE Informationshilfsmittel mit derselben Durchschlagkraft empfehlen könnte wie Arzneimittel und entsprechende Empfehlungen in numerischer Form so einfach weitergegeben werden könnten, wie sich ein Rezept ausdrucken lässt. Auch zeigt die Erfahrung, dass Studien zu wichtigen und schwierigen Fragen nicht einfach nur deswegen durchgeführt werden, weil wir die Erkenntnisse benötigen. Sie werden sich auf natürlichere Art und Weise ergeben, wenn wir die unangemessenen regulatorischen Hürden abbauen, die mit der Informationserhebung verbundenen Kosten reduzieren und die Studienteilnahme bequem und unkompliziert gestalten können.

Massenverordnungen aufgrund bescheidener Vorteile für den Einzelnen sind ein neues Phänomen. Um wirklich informationsbasierte Entscheidungen zu ermöglichen, ist es mit guten Absichten alleine nicht getan. Wir benötigen bessere Daten aus größeren Studien und eine bessere Kommunikation der Risiken, als dies bei konventionellen medikamentösen Therapien der Fall ist. Um dieses Ziel zu verwirklichen, müssen wir die Erfassung, Kommunikation und Implementierung der Wirksamkeitsnachweise so nahtlos und kostengünstig wie möglich in die tägliche medizinische Praxis integrieren. Ohne derartige Innovationen in der Verwendung medizinischer Daten können wir lediglich sagen, dass Statine – ganz allgemein gesagt – wahrscheinlich eher nutzen als schaden. Das allerdings ist nicht genug.

Interessenkonflikte: Die Autoren haben die BMJ-Richtlinie über die Erklärung von Interessenkonflikten gelesen und verstanden und geben die folgenden Interessenkonflikte an: Ben Goldacre erhält Honorare für schriftliche Beiträge und Vorträge für Laien über die Probleme der evidenzbasierten Medizin. Liam Smeeth und Ben Goldacre sind an verschiedenen Projekten zur Umsetzung kostengünstiger Studien innerhalb des NHS beteiligt.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben: Beauftragt durch das BMJ; keine externe Begutachtung.

1 National Institute for Health and Care Excellence. National costing report: lipid modification (CG181). 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/cg181-lipid-modificationupdate-costing-report2.

2 National Institute for Health and Care Excellence. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. CG181. 2014. www.nice.org.uk/guidance/CG181/.

3 Rabar S, Harker M, O'Flynn N, Wierzbicki AS. Lipid modification and cardiovascular risk assessment for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014;349:g4356.

4 McPherson K. Concerns about the latest NICE draft guidance on statins. *BMJ* 2014;349:g4130.

5 Goldacre B. Meta-analysis of side effects of statins shows need for trial transparency. *BMJ* 2014;348:g2940.

6 Wise J. Open letter raises concerns about NICE guidance on statins. *BMJ* 2014;348:g3937.

7 Staa TP, Goldacre B, Gulliford M, Cassell J, Pirmohamed M, Taweel A, et al. Pragmatic randomised trials using routine electronic health records: putting them to the test. *BMJ* 2012;344:e55.

8 Van Staa TP, Dyson L, McCann G, Padmanabhan S, Belatry R, Goldacre B, et al. The opportunities and challenges of pragmatic point-of-care randomised trials using routinely collected electronic records: evaluations of two exemplar trials. *Health Technol Assess* 2014; 18:1–146.

9 Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD001431.

10 Mayo Clinic. Cardiovascular prevention decision aids. 2012. <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aids-for-chronic-disease/cardiovascular-prevention/>.

11 Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146.

12 National Institute for Health and Care Excellence. Taking further steps to tackle the risk from heart attacks and strokes. 2014. www.nice.org.uk/News/Press-and-Media/taking-further-steps-to-tackle-the-risk-from-heart-attacks-and-strokes.

Zu zitieren als: *BMJ* 2013;347:f7110
© BMJ Publishing Group Ltd 2013

P E R S O N A L I E N

Zum 75. Geburtstag von Volkmar Schneider



Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Volkmar Schneider hat am 21. Januar 2015 seinen 75. Geburtstag gefeiert. Von 1959 bis 1965 studierte

er der gebürtige Dessauer Humanmediziner in Hamburg und an der FU Berlin, wo er 1965 promovierte und nach zweijähriger Medizinalassistentenzeit 1967 die Approbation erhielt. Anschließend wissenschaftlicher Assistent, dann Assistenzprofessor am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU. Studienaufenthalte in Paris und Detroit. 1974 Habilitation für das Fach Rechtsmedizin an der FU; 1976 Berufung auf eine AH-5-Professur. Von 1976 bis 1978 Sprecher bzw. stellvertretender Sprecher (Dekan bzw. Prodekan) des Fachbereichs Natur- und Sozialwissenschaftliche Grundlagenmedizin und Medizinische Ökologie der FU. Seit 1982 Direktor des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin und seit 1983 Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der FU als Nachfolger von Walter Krauland. 1994 bis 1996 kommissarischer Leiter des Instituts für Forensische Psychiatrie (FU). Von 1992 bis 1995 Vor-

sitzender der Gemeinsamen Kommission (GK) aller drei humanmedizinischer Fachbereiche. 1995 bis 1997 Vizepräsident der FU. Schneider war maßgeblich an der Gründung des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner beteiligt und von 1998 bis 2004 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, die er maßgeblich gestaltete und z. B. den Wissenschaftspreis der Fachgesellschaft initiierte. Mit seiner Pensionierung 2007 ging eine bedeutsame Ära der Berliner Rechtsmedizin zu Ende.

Schneider war Mitglied in vielen Fachgesellschaften und erhielt zahlreiche Ehrungen, darunter 2005 den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland 1. Klasse. Sein besonderes Anliegen war die Integration der osteuropäischen Kollegen an die Forschungsprojekte der deutschen Rechtsmedizin, was insbesondere vor dem Fall der Mauer eine herausfordernde Aufgabe war. Zahlreiche osteuropäische Universitäten zeichneten ihn später dafür aus. Erwähnt seien hier exemplarisch nur die Ehrendoktorwürden der Semmelweis-Universität Budapest und der Universität Wroclaw/Breslau.

Rund 430 Publikationen, darunter 60 Bücher, zeugen von einem erfolgreichen Schaffen als Wissenschaftler. Über mehrere Jahre war er Fachgutachter der DFG.

Schneider hatte schon immer einen „Riecher“ für die Anwendung neuer Methoden in der Rechtsmedizin und gab visionäre Impulse. So analysierte er erstmalig Strommarken an Leichen elektronenmikroskopisch und bereits in den frühen 1980er Jahren untersuchte er Leichen mittels CT. Und auch das schwierige Thema der Kindesmisshandlung war für ihn schon vor Jahrzehnten aktuell: Die Bezeichnung „Schüttel-Trauma“ des Säuglings geht auf eine Arbeit von Schneider et al. zurück (*Munch Med Wschr* 121: 171-176, 1979).

Wichtig für die Berliner Rechtsmedizin war die Schaffung der Personalunion in der Leitung beider Westberliner Institute (1982/83) – Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin und Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität. Zum Landesinstitut kamen 1995 dann noch die forensische Toxikologie aus dem Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel-, Arzneimittel und Tierseuchen (LAT) und das Leichenschauhaus in der Invalidenstraße hinzu. 2003 erfolgte dann die Fusion der beiden Universitätsinstitute (FU und HU) innerhalb der Charité. Schließlich brachte er kurz vor seiner Pensionierung die Einstandortlösung (Universitätsinstitut/Landesinstitut) auf dem Gelände des ehemaligen Krankenhauses Moabit auf den Weg.

Herzliche Glückwünsche et ad multos annos!

Prof. Dr. med. Markus A. Rothschild (Inst. f. Rechtsmedizin, Universität zu Köln)

1 National Institute for Health and Care Excellence. National costing report: lipid modification (CG181). 2014. www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/cg181-lipid-modificationupdate-costing-report2.

2 National Institute for Health and Care Excellence. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. CG181. 2014. www.nice.org.uk/guidance/CG181/.

3 Rabar S, Harker M, O'Flynn N, Wierzbicki AS. Lipid modification and cardiovascular risk assessment for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2014;349:g4356.

4 McPherson K. Concerns about the latest NICE draft guidance on statins. *BMJ* 2014;349:g4130.

5 Goldacre B. Meta-analysis of side effects of statins shows need for trial transparency. *BMJ* 2014;348:g2940.

6 Wise J. Open letter raises concerns about NICE guidance on statins. *BMJ* 2014;348:g3937.

7 Staa TP, Goldacre B, Gulliford M, Cassell J, Pirmohamed M, Taweel A, et al. Pragmatic randomised trials using routine electronic health records: putting them to the test. *BMJ* 2012;344:e55.

8 Van Staa TP, Dyson L, McCann G, Padmanabhan S, Belatry R, Goldacre B, et al. The opportunities and challenges of pragmatic point-of-care randomised trials using routinely collected electronic records: evaluations of two exemplar trials. *Health Technol Assess* 2014; 18:1–146.

9 Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;1:CD001431.

10 Mayo Clinic. Cardiovascular prevention decision aids. 2012. <http://shareddecisions.mayoclinic.org/decision-aids-for-chronic-disease/cardiovascular-prevention/>.

11 Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ* 2010;341:c5146.

12 National Institute for Health and Care Excellence. Taking further steps to tackle the risk from heart attacks and strokes. 2014. www.nice.org.uk/News/Press-and-Media/taking-further-steps-to-tackle-the-risk-from-heart-attacks-and-strokes.

Zu zitieren als: *BMJ* 2013;347:f7110
© BMJ Publishing Group Ltd 2013

P E R S O N A L I E N

Zum 75. Geburtstag von Volkmar Schneider



Prof. Dr. med.
Dr. h. c. mult.
Volkmar
Schneider hat
am 21. Januar
2015 seinen
75. Geburts-
tag gefeiert.
Von 1959 bis
1965 studier-

te der gebürtige Dessauer Humanmedizin in Hamburg und an der FU Berlin, wo er 1965 promovierte und nach zweijähriger Medizinalassistentenzeit 1967 die Approbation erhielt. Anschließend wissenschaftlicher Assistent, dann Assistenzprofessor am Institut für gerichtliche und soziale Medizin der FU. Studienaufenthalte in Paris und Detroit. 1974 Habilitation für das Fach Rechtsmedizin an der FU; 1976 Berufung auf eine AH-5-Professur. Von 1976 bis 1978 Sprecher bzw. stellvertretender Sprecher (Dekan bzw. Prodekan) des Fachbereichs Natur- und Sozialwissenschaftliche Grundlagenmedizin und Medizinische Ökologie der FU. Seit 1982 Direktor des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin und seit 1983 Lehrstuhlinhaber und Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der FU als Nachfolger von Walter Krauland. 1994 bis 1996 kommissarischer Leiter des Instituts für Forensische Psychiatrie (FU). Von 1992 bis 1995 Vor-

sitzender der Gemeinsamen Kommission (GK) aller drei humanmedizinischer Fachbereiche. 1995 bis 1997 Vizepräsident der FU. Schneider war maßgeblich an der Gründung des Berufsverbandes Deutscher Rechtsmediziner beteiligt und von 1998 bis 2004 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, die er maßgeblich gestaltete und z. B. den Wissenschaftspreis der Fachgesellschaft initiierte. Mit seiner Pensionierung 2007 ging eine bedeutsame Ära der Berliner Rechtsmedizin zu Ende.

Schneider war Mitglied in vielen Fachgesellschaften und erhielt zahlreiche Ehrungen, darunter 2005 den Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland 1. Klasse. Sein besonderes Anliegen war die Integration der osteuropäischen Kollegen an die Forschungsprojekte der deutschen Rechtsmedizin, was insbesondere vor dem Fall der Mauer eine herausfordernde Aufgabe war. Zahlreiche osteuropäische Universitäten zeichneten ihn später dafür aus. Erwähnt seien hier exemplarisch nur die Ehrendoktorwürden der Semmelweis-Universität Budapest und der Universität Wroclaw/Breslau.

Rund 430 Publikationen, darunter 60 Bücher, zeugen von einem erfolgreichen Schaffen als Wissenschaftler. Über mehrere Jahre war er Fachgutachter der DFG.

Schneider hatte schon immer einen „Riecher“ für die Anwendung neuer Methoden in der Rechtsmedizin und gab visionäre Impulse. So analysierte er erstmalig Strommarken an Leichen elektronenmikroskopisch und bereits in den frühen 1980er Jahren untersuchte er Leichen mittels CT. Und auch das schwierige Thema der Kindesmisshandlung war für ihn schon vor Jahrzehnten aktuell: Die Bezeichnung „Schüttel-Trauma“ des Säuglings geht auf eine Arbeit von Schneider et al. zurück (*Munch Med Wschr* 121: 171-176, 1979).

Wichtig für die Berliner Rechtsmedizin war die Schaffung der Personalunion in der Leitung beider Westberliner Institute (1982/83) – Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin und Institut für Rechtsmedizin der Freien Universität. Zum Landesinstitut kamen 1995 dann noch die forensische Toxikologie aus dem Landesuntersuchungsinstitut für Lebensmittel-, Arzneimittel und Tierseuchen (LAT) und das Leichenschauhaus in der Invalidenstraße hinzu. 2003 erfolgte dann die Fusion der beiden Universitätsinstitute (FU und HU) innerhalb der Charité. Schließlich brachte er kurz vor seiner Pensionierung die Einstandortlösung (Universitätsinstitut/Landesinstitut) auf dem Gelände des ehemaligen Krankenhauses Moabit auf den Weg.

Herzliche Glückwünsche et ad multos annos!

Prof. Dr. med. Markus A. Rothschild
(Inst. f. Rechtsmedizin, Universität zu Köln)

BERLINER ÄRZTE

2 / 2015 52. 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 unter Verwendung von
Les Cunliffe / Fotolia.com

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: Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

Anzeigenverwaltung
Leipzig: Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2015, gültig ab 01.01.2015.

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 € 84,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 57,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 84,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,80 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2015