

# BERLINER

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



# ÄRZTE

08 / 2015 52. Jahrgang

thebmj  
in Kooperation mit dem  
British Medical Journal



Der Berliner Gesundheitspreis 2015

Interprofessionelle Teams  
im Krankenhaus

# Von Feldwegen und Autobahnen

## Als junger Arzt beim Hauptstadtkongress 2015

**A**uch dieses Jahr folgten mehr als 8.000 Besucher der Einladung zum Hauptstadtkongress, der nach eigenen Angaben größten jährlichen Leitveranstaltung der Gesundheitsbranche, um die zukünftige Entwicklung des Gesundheitswesens zu diskutieren.

Doch ob sich die Teilnahme auch für einen jungen Arzt wie mich trotz hoher Eintrittspreise lohnt, wollte ich selbst herausfinden. Ich sollte nicht enttäuscht werden. Das für mich teilweise undurchschaubare Gesundheitssystem ließ an diesen drei Kongresstagen ein wenig mehr die Hüllen fallen und gewährte mir spannende Einblicke, vor allem politische.

Die Aussteller am Randbereich zum Hauptthema des Kongresses „Digitalisierung“ waren flächenmäßig wie zahlmäßig eher gering aufgestellt, boten sich aber auch mir, dem wahrscheinlich einzigen Arzt unter 30 Jahren, zum Gespräch an. Nach der Begrüßung durch Dr. Ingrid Völker erhielt Mathematiker und Autor Prof. Dr. Gunter Dueck das Wort und erstaunte durch seine Zukunftsvisionen der Medizin, die das Lächeln einiger Zuhörer zeitweise einfrieren ließen: Von Telemedizin, der Behandlung trotz zeitlicher oder räumlicher Trennung von Arzt und Patient war die Rede; vom Patienten der Zukunft, der durch das Internet Fachspezialist für seine eigene Erkrankung ist und dem Facharzt beim Besuch in der Praxis von Angesicht zu Angesicht sein unsicheres Wissen vorführt; von so hoher Effizienz dank der Digitalisierung, dass man 50% der arbeitenden Bevölkerung nicht mehr brauche. Ein höchst unterhaltsamer Vortrag („Gute Medizin in Zeiten der Digitali-



Foto: S. Rüdter

**Fabian Carl**

*ist seit Oktober 2014 approbiert und derzeit Promotionsstudent an der Charité.*

sierung“), der mich sehr nachdenklich stimmte. (Link: <https://www.youtube.com/watch?v=iHy9WdY48TU>)

Im Anschluss hielt Bundesgesundheitsminister Gröhe seine Rede zum thematischen Schwerpunkt des Kongresses: „Die Digitalisierung der Medizin“. Erstaunt nahm ich eine der ersten Thesen wahr, nämlich, dass gar kein Anwendungsproblem digitaler Daten bestünde. Fast alle Praxen und Krankenhäuser würden digitale Daten auf hohem Niveau nutzen, man hätte gleichsam lauter Sportwagen, aber immer noch zu viele Feldwege. Das Hauptproblem würde also bei der Vernetzung liegen, dem Fehlen einer stabilen Datenautobahn.

Da kann ich Herrn Gröhe genau zur Hälfte zustimmen. Die Daten-Autobahn zwischen einzelnen Krankenhäusern ist immer noch kläglich, erfolgt per Telefon und Fax, kurz gesagt: ein Feldweg. Aber unübersichtliche Kliniksoftware, die regelmäßig abstürzt und gefühlte 43 Klicks benötigt, um einfachste Informationen über Patienten zu recherchieren, assoziiere ich eher mit einem schlecht gewarteten Mofa, nicht mit einem Sportwagen.

Bei der anschließenden Sitzung mit dem Thema „Gesundheitspolitik der 18. Legislaturperiode“ mit Mitgliedern des Bundestages aller Fraktionen präsentierte CDU-Gesundheitspolitiker Jens Spahn erneut seine medientauglichen Pläne, um den Landärztemangel in Zukunft zu be-

kämpfen. Eine Reform der Studienplatzvergabe des Medizinstudiums, ähnlich dem Bundeswehr-Modell, soll diejenigen Abiturienten, die sich verpflichten, nach dem Studium am Land zu praktizieren, einen erleichterten Zugang zu einem Studienplatz verschaffen. Doch für wie viele Jahre sich ein junger Mensch verpflichten soll, aufs Land zu gehen, wurde nicht erörtert.

Die Verbesserung der Weiterbildungssituation auf dem Land ebenso wie geregelte Arbeitszeitmodelle und eine bessere Förderung der zunehmenden Zahl von jungen Ärztinnen sind sicherlich wirksamere Anreize, um junge Mediziner wie mich aufs Land locken. „Wer blockiert, zahlt!“, verkündete der Bundesgesundheitsminister als Grundsatz des E-Health-Gesetzes bei seiner Eröffnungsrede. Ich meine einen roten Faden der Politik zu erkennen: Druck und Verpflichtung statt Anreiz und Förderung.

Die Konsequenzen einer solchen Politik halte ich für schwer abschätzbar. Für junge Mediziner wie mich ist der Arbeitsplatz im Ausland, der Schweiz, schon jetzt eine deutlich attraktivere Alternative. Nicht nur finanziell, sondern vor allem durch die bessere Weiterbildung und der schlichten Tatsache, dass in der Schweiz tatsächlich Überstunden vergütet werden.

Doch trotz aller Kritik an einigen Aussagen der politischen Entscheidungsträger hat mir der Hauptstadtkongress genau das gebracht, wofür er damals zu Zeiten ohne Internet von Senator a.D. Ulf Fink 1997 konzipiert wurde: Um neue Kontakte zu knüpfen. In meinem Fall zum Beispiel zu einem Verein, der Anwendern wie mir hilft, Einfluss darauf zu nehmen wie sich eine bekannte Anwender-Software in Zukunft entwickeln soll. Und bietet damit die direkte Verbindung zwischen Programmierer und Anwender, also dem Klinikarzt. Ein Projekt, das ich zukünftig gerne mitgestalten möchte, zugegebenermaßen nicht nur aus altruistischen Motiven.

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Tropfen intravenös verabreicht



NETZWERK CIRS BERLIN

### Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 25 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

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

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

### Eine Ärztin oder ein Arzt berichtet ein erstmaliges Ereignis aus der Inneren Medizin:

Eine Patientin mit niedrigem Blutdruck und erhöhter Herzfrequenz soll Etilefrin-Tropfen per os bekommen. Diese sind in der Hausliste nicht mehr gelistet. Auf der Intensivstation gibt es aber noch ein Fläschchen. Dort wird eine 10 ml Spritze mit Etilefrin-Tropfen befüllt und per Rohrpost an die Innere versandt. Junger ärztlicher Dienst injiziert den Inhalte der Spritze mit Etilefrin-Tropfen i.v.. Auf dem Beipackzettel stand „einnehmen“, nicht „per os oder i.v.“. Möglicherweise war dem ärztlichen Kollegen, der mit der deutschen Sprache nicht zu 100 Prozent vertraut war, nicht klar was „einnehmen“ bedeutet. Zudem war die Kommunikation der Pflegekräfte zwischen den beiden Stationen vermutlich nicht eindeutig.

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

Sicher kann man darüber diskutieren, ob die Anordnung von Etilefrin per os hier

sinnvoll war. Das ist aus unserer Sicht jedoch sekundär. Denn: Ähnliches – das Abfüllen von oralen Zubereitungen (Suspensionen, Tropfen) in Luer-Lock-kompatible Spritzen und eine nachfolgende versehentliche Gabe in ein Blutgefäß oder einen liegenden Gefäßkatheter – kann auch mit anderen und klar indizierten Medikamenten passieren. So werden immer noch sehr häufig „normale Spritzen“ im Klinikalltag für die orale Gabe von Medikamenten verwendet, z. B. bei sehr kleinen Patienten. Ein auch bundesweit aufmerksam verfolgter ähnlicher Verwechslungsfall aus dem Jahr 2011 endete für das betroffene Kind tödlich.<sup>1</sup>

Wegen der Gefahr von Verwechslungen und ihren schweren Folgen werden die universal verwendeten Luer-Lock-Konnektoren in den nächsten Jahren auf insgesamt 8 verschiedene neue Verbindungen umgestellt. Eine Norm für enterale Verbindungsstücke gibt es bereits, die in einzelnen Ländern des amerikanischen Kontinents bereits um-

gesetzt wird. Diese Verbindungen sind inkompatibel mit dem Luer-Lock-System.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- **Luer-Lock-kompatible Spritzen** dürfen **NIE** und für keinen Zweck (auch nicht für einen Transport) **für oral zu verabreichende Medikamente verwendet** werden.
- **Alternativen** sind die Verwendung von spezifischen **enteralen Spritzen**, wenn Medikamente in Magen- oder PEG-Sonden appliziert werden sollen oder **orale Spritzen**, deren Konus ebenfalls nicht mit dem üblichen System kompatibel ist.
- **Kein Medikament darf ohne Verpackung** (bzw. eindeutige Beschriftung) **und Beipackzettel weitergegeben** werden. Das Problem ist doch: Bei der Anforderung eines Medikaments aus einer anderen Abteilung weiß der Anfragende noch, welches Medikament geschickt wurde, der Nächste bereits nicht mehr. Wenn immer nur ganze Verpackungen weitergegeben werden, kann dieses Problem nicht auftreten.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 116525 unter [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de) nachlesen.

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

<sup>1</sup> <http://www.aerzteblatt.de/archiv/132908/Urteil-wegen-fahrlaessiger-Toetung-Medizinstudent-geht-in-Berufung?src=search>



TITELTHEMA.....

## Der Wettbewerb um die besten Ideen

Seit 1995 verleihen der AOK Bundesverband, die AOK Nordost und die Ärztekammer Berlin den Berliner Gesundheitspreis. Alles zum 20-jährigen Jubiläum lesen Sie in dieser Titelgeschichte.

Von Michaela Peeters, Seite 14



GASTKOMMENTAR.....

### Von Feldwegen und Autobahnen

Als junger Arzt beim Hauptstadtkongress 2015

Von Fabian Carl.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

### Middle East Respiratory Syndrome (MERS) bei Asienurlaubern?

Informationen des Instituts für Tropenmedizin.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

### Hauptstadtkongress 2015 – Fachärzte werden jetzt doch gebraucht

Von Sascha Rudat.....21

### Delegierte unterstützten den Charité-Streik

Bericht von der Delegiertenversammlung am 24. Juni 2015

Von Sascha Rudat.....25

### Junge Ärzte gründen interdisziplinäres Bündnis

Von Hannah Arnold.....26

### BMJ verlangt bei allen Studien Datenoffenlegung auf Anfrage

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....28

FORTBILDUNG.....

### CIRS – Der aktuelle Fall.....4

### Sicherer verordnen.....10

### Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

### Verstehen Sie Neusprech?

Ein Glossar zum Thema Prävention  
Von Uwe Torsten.....30

PERSONALIEN.....

### Bestandene Facharztprüfungen Mai/Juni 2015.....31

BUCHBESPRECHUNG.....

### Krankheit schläft nicht – Unterwegs als Bereitschaftsarzt in Berlin.....33

FEUILLETON.....

### Was sonst noch passierte Streikbare Schwestern

Von Harald Mau.....33

### Was Johanna Schopenhauer und Astrid Lindgren gemeinsam haben

Von Eckart Frantz.....34

## Krankenkassen

### AOK-Bundesverband: Graalman und Deh gehen im Streit

Die Meldung kam am Nachmittag des 9. Juli ebenso überraschend wie kurz: Der AOK-Bundesverband teilte in einer knappen Erklärung mit, dass die beiden geschäftsführenden Vorstände Jürgen Graalman und Uwe Deh „aufgrund divergierender Auffassungen zur künftigen Aufstellung, Ausrichtung und Weiterentwicklung des Verbandes ihre Tätigkeit“ beenden. Dem voraus gegangen war offenbar ein heftiger Streit über die Ausrichtung der AOK-Dachorganisation. Dieser schwelte wohl schon länger. Bis zur Wahl eines neuen Vorstandes sollen Martin Litsch (Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest) und Frank Michalak (Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost) die Aufgaben übernehmen. Der 46-jährige Graalman war seit 2011 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Noch einige Wochen zuvor hatte er zusammen mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und dem Berliner Ärztekammerpräsidenten Günther Jonitz den Berliner Gesundheitspreis verliehen (s. Titelthema ab S. 14 in dieser Ausgabe).

## Geschäftsstelle

### Berlin beteiligt sich an Geschäftsstelle für den Nationalen Impfplan

Der Senat setzt sich für einen besseren Gesundheitsschutz der Bevölkerung ein und beteiligt sich an der Geschäftsstelle von Bund und Ländern für den Nationalen Impfplan. Dazu wurde dem Abschluss einer von Gesundheitssenator Mario Czaja vorgelegten Verwaltungsvereinbarung über die Errichtung und Finanzierung einer solchen Stelle zugestimmt. Die Einrichtung der Geschäftsstelle erfolgt auf Grundlage eines Beschlusses der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2013. Danach soll der Nationale Impfplan (NIP) durch ein zentrales Ansprech- und Koordinierungsgremium auf nationaler Ebene fortgeschrieben und weiterentwickelt werden. Diese „Nationale Lenkungsgruppe Impfen“ (NaLI) soll durch eine Geschäftsstelle administrativ-koordinierend unterstützt werden. Die Geschäftsstelle wird zudem als zentrale Ansprechstelle für Fragen zum Impfen dienen, den



Internetauftritt des NIP betreiben sowie die nationalen Impfkonferenzen vorbereiten. Die Geschäftsstelle wird am bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit eingerichtet und mit zwei Vollzeitstellen ausgestattet. Die Kosten dafür werden vom Bund und den Länder getragen. Um den Impfschutz der Bevölkerung zu fördern und die Koordination der vielfältigen Akteure und Aktionen zum Thema Impfen zu verbessern, hat die Gesundheitsministerkonferenz 2009 beschlossen, einen Nationalen Impfplan zu erarbeiten. Er wird auf den alle zwei Jahre stattfindenden Nationalen Impfkonferenzen fortgeschrieben.

### Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

#### DRK Kliniken Berlin

Privatdozent Dr. med. Johannes Elias ist seit dem 1. Juni 2015 neuer Chefarzt des

Instituts für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene der DRK Kliniken Berlin. Der 40-jährige Mediziner folgt damit Dr. med. Marlies Höck, die am 31. März 2015 aus dem Unternehmen ausgeschieden ist. Zuvor war Dr. Elias Oberarzt am Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, sowie Leiter des Beratungsdienstes bezüglich antibiotischer Therapie und Leiter des Mykobakterien- und Pilzlabors. Zudem war er stellvertretender Leiter der Stabsstelle Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Würzburg und arbeitete über zwölf Jahre am Nationalen Referenzzentrum für Meningokokken und Haemophilus influenzae.

#### Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Seit 1. Juli 2015 ist Prof. Dr. med. Gero Puhl

neuer Chefarzt der Klinik für Chirurgie und Visceralchirurgie am Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Er tritt die Nachfolge von Dr. med. Joachim Straßburg an, der in den Ruhestand geht. Vor seiner Tätigkeit bei Vivantes arbeitete Prof. Puhl in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Charité, Campus Virchow-Klinikum. Dort hatte er bereits seit 1996 seine chirurgische Ausbildung und damit das gesamte Curriculum vom Assistenz- über den Fach- bis zum Oberarzt durchlaufen. Zuletzt war er seit 2010 als leitender Oberarzt der Klinik tätig.

#### Evangelische Elisabeth Klinik Berlin

Ute Müller ist neue leitende Oberärztin im

Zentrum für Lasermedizin an der Evangelischen Elisabeth Klinik Berlin. Zudem leitet die Chirurgin und Proktologin mit Weiterbildungsbefugnis Proktologie sowie Rettungsärztin und zertifizierte Medizinmanagerin (CMM) das Department Proktologie der Klinik. Zuvor war Müller als Oberärztin in der Abteilung für Lasermedizin unter Prof. Berlien tätig, nach dessen Weggang das Department für Proktologie neu gegründet wurde.

#### Vivantes

Annett Klingsporn ist neue Geschäftsführerin Personal bei Vivantes. Sie folgt auf Dr. Christian Friese und

hat ihre Position zum 1. Juli 2015 angetreten. Annett Klingsporn (49) hat Wirtschaftswissenschaften in Berlin studiert und begann ihren beruflichen Werdegang bei der Bundesdruckerei GmbH. Sie verantwortete viele Jahre die Unternehmensorganisation und leitete später auch die Konzernorganisation der authentos GmbH. In den vergangenen zehn Jahren war sie in der Geschäftsführung der DB JobService GmbH, einem Personal-Dienstleister der Deutschen Bahn, AG tätig, davon mehrere Jahre als Arbeitsdirektorin, zuletzt als Vorsitzende der Geschäftsführung.

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

Umfrage

## Einstellung zur Organ- und Gewebespende

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat die Ergebnisse ihrer aktuellen Umfrage „Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende in Deutschland“ veröffentlicht. Die Befragung zeigt eine weitgehende Akzeptanz und eine noch höhere Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende als in den vergangenen Jahren. So stehen 80 Prozent der Befragten einer Organ- und Gewebespende positiv gegenüber, 71 Prozent der Befragten sind grundsätzlich damit einverstanden, dass man ihnen nach ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt. 2013 waren es 68 Prozent.

Auf die Frage nach den Motiven für eine Organ- und Gewebespende sagen 64 Prozent aller Befragten, dass sie anderen Menschen helfen wollen. Für 45 Prozent ist die Entlastung ihrer Angehörigen eine wichtige Spendenmotivation. 12 Prozent der Befragten lehnen eine Organ- und Gewebespende ab, weil sie den Missbrauch durch Organhandel fürchten und 9 Prozent aus Angst, dass medizinisch nicht mehr alles für sie getan würde, wenn ein Organspendeausweis vorliege.

Seit drei Jahren steigt in Deutschland die Zahl der Personen, die einen Organspendeausweis aus-

gefüllt haben an: Hatten 2012 lediglich 22 Prozent ihre Entscheidung zur Organ- und Gewebespende in einem Ausweis dokumentiert, waren es 2013 bereits 28 Prozent und der Trend setzte sich auch in 2014 fort – inzwischen besitzen 35 Prozent der Befragten einen Organspendeausweis.

Die große Mehrheit (86 Prozent), die einen Organspendeausweis ausgefüllt hat, stimmt einer Organ- und Gewebespende zu. 7 Prozent benennen eine andere Person, die im Todesfall über eine Organ- und Gewebespende entscheiden soll. Lediglich 4 Prozent dokumentieren ihren Widerspruch im Organspendeausweis. Das Transplantationsgesetz schreibt vor, dass Krankenkassen und Krankenversicherungen ihre Versicherten alle zwei Jahre über die Organ- und Gewebespende und über den Nutzen sowie die Möglichkeiten des Organspendeausweises informieren müssen. Versicherte sollen auf diesem Weg motiviert werden, ihre persönliche Entscheidung zur Spende im Ausweis zu dokumentieren.

Zum Zeitpunkt der BZgA-Umfrage erinnern sich 43 Prozent der Befragten, dass sie das Informationsschreiben ihrer Krankenkasse oder ihres Krankenversicherungs-

unternehmens mit einem beige-gefüllten Organspendeausweis erhalten haben.

Insgesamt fühlt sich allerdings mehr als die Hälfte der Befragten (57 Prozent) weniger gut bis schlecht zum Thema Organ- und Gewebespende informiert. Die BZgA hält deshalb ein umfangreiches Informationsangebot unter <http://www.organspende-info.de> bereit.



Die bundesweite Repräsentativbefragung „Einstellung, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende 2014“ der BZgA im Alter von 14 bis 75 Jahren durchgeführt.

### Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

## CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Seit gut zehn Jahren werden in deutschen Krankenhäusern Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) genutzt, um aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patienten auftreten, systematisch zu lernen. Seit 2014 sind nach der Risikomanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nun alle Krankenhäuser verpflichtet, CIRS einzuführen.

Um ein internes CIRS kompetent zu betreuen, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CIRS-Teams Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

**Inhalte:** Was ist CIRS und wie funktioniert es? Meldesystem, Prozesse und Aufgaben im CIRS-Team. Juristische Rahmenbedingungen. Methode der Fallanalyse an einem Beispiel. Risikobewertung. Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Ergebnisse/Feedback



**Termin:** 26.11.2015, 9:00 - 16:15 Uhr  
**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 100 €, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt. Tel. 030 40806-1402, E-Mail: [e.hoehne@aekb.de](mailto:e.hoehne@aekb.de). Anerkannt mit 10 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 8 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

zu „1 Jahr Gewaltschutzambulanz in Berlin“ in BERLINER ÄRZTE 06/15



Die Reaktionen auf unseren Artikel „1 Jahr Gewaltschutzambulanz in Berlin“ haben bei uns den Eindruck erweckt, dass anscheinend gewisse Unklarheiten darüber bestehen, welche Aufgaben die Gewaltschutzambulanz in Berlin wahrnimmt. Deshalb möchten wir diese im Folgenden noch einmal kurz skizzieren: In der Gewaltschutzambulanz können Erwachsene erlittene körperliche Verletzungen nach häuslicher oder interpersoneller Gewalt kostenlos gerichtsfest rechtsmedizinisch dokumentieren lassen. Ferner erfolgt in diesen Fällen eine Anbindung in das psychosoziale Hilfesystem, auf Wunsch kann auch eine Vor-Ort-Beratung durch mobile Beraterinnen der Berliner Initiative gegen Gewalt an Frauen (BIG) erfolgen. Wenn vorliegend werden medizinische Befunde wie z.B. Röntgenbefunde der aktuel-

len Verletzungen in die Dokumentation eingearbeitet. Die Einbeziehung von privat getätigten Foto- oder Filmaufnahmen kann nicht erfolgen. Bei Kindern erfolgt neben der Dokumentation der Verletzungen auch stets eine rechtsmedizinische Beurteilung, inwieweit es sich bei den Verletzungen um unfallbedingte oder um misshandlungsbedingte Verletzungen oder aber um die Anzeichen einer Erkrankung handelt. Die Begutachtung von Kindern erfolgt immer zwingend unter Einbindung der Jugendämter oder des Kindernotdienstes, da nur die „Wächterämter“ die rechtliche Befugnis haben, je nach Ergebnis der rechtsmedizinischen Beurteilung unmittelbar Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu ergreifen. Zur Untersuchung der Kinder müssen eine schriftliche Einverständniser-

klärung der/ des sorgberechtigten Eltern/ Elternteils und eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Jugendamt vorliegen. Erfolgt keine Zustimmung zur Untersuchung wird das Kind für den Zeitraum der Untersuchung vom Jugendamt/ Kindernotdienst in Obhut genommen. In Fällen, in denen keine sichtbaren Verletzungen vorliegen, weil es sich z.B. um psychische oder aber um lange zurückliegende Gewalt handelt, ist die Gewaltschutzambulanz nicht der richtige Ansprechpartner. In diesen Fällen erfolgt durch uns, auf Wunsch, eine Weitervermittlung an andere Ansprechpartner wie z.B. Beratungseinrichtungen, das Jugendamt oder die Polizei. Darüber hinaus bietet die Gewaltschutzambulanz ärztlichen Kollegen eine Beratung zum forensischen Handling ihrer Fälle, z.B. in Bezug auf weitere

medizinische Untersuchungen oder über weitere zu ergreifenden Maßnahmen wie z.B. eine Kontaktaufnahme zum Jugendamt oder aber eine Anzeige bei der Polizei.

Die Versorgung von erwachsenen und kindlichen Opfern von sexualisierter Gewalt erfolgt nicht in der Gewaltschutzambulanz, sondern in den Rettungstellen der Charité, da aufgrund des engen zeitlichen Rahmens, innerhalb dessen eine DNA-Spuren Sicherung erfolgen muss, eine 24-Stunden-Ansprechbarkeit notwendig ist und diese derzeit mit unserer personellen Ausstattung (1,2 Arztstellen und 1,2 Sekretariatsstellen) in der GSA nicht gewährleistet werden kann.

Wir hoffen, mit dieser Darstellung der Aufgabengebiete der Gewaltschutzambulanz offene Fragen beantwortet zu haben.

Saskia S. Etzold und Michael Tsokos  
Institut für Rechtsmedizin Berlin,  
Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Gewaltschutzambulanz/  
Rechtsmedizinische Untersuchungsstelle für Berlin an der Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

Dagmar Reinemann  
Gewaltschutzkoordination, Charité –  
Universitätsmedizin Berlin



## zum Titelthema „Zwischen Humanität und Bürokratie – Die schwierige Versorgung von Flüchtlingen und Migranten ohne Krankenversicherung“, in BERLINER ÄRZTE 06/2015

Frau Frisch stellt in ihrem Artikel die ganze Vielfalt von Schwierigkeiten dar, mit denen auf medizinische Hilfe angewiesene Migrant\*innen mit und ohne Krankenversicherung konfrontiert werden.

Leider ist es jedoch nicht so, dass die Situation in Berlin besser sei als in allen anderen Bundesländern. Verwiesen sei hier auf die Beispiele Hamburg und Bremen, wo Asylbewerber\*innen durch Erhalt einer Chipkarte unbürokratischen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Der im Artikel erwähnte Notfallfonds für Entbindungen schwangerer EU-Bürger\*innen, ist leider bis heute nicht realisiert worden. Ganz zu schweigen davon, dass in Berlin Menschen ohne Aufenthaltsstatus weiterhin keinen anonymen Krankenschein erhalten und somit – mit allen indivi-

duellen und gesellschaftlichen Folgen – von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen bleiben. Die Sicherstellung der Versorgung auch dieser Menschen ist eindeutig Aufgabe der Berliner Politik und nicht die von freiwilligen Netzwerken wie dem Medibüro, deren Mitarbeiter\_innen und kooperierenden Ärzt\_innen seit Jahren an der Grenze der Kapazität arbeiten. Solange jedoch die notwendigen politischen Veränderungen nicht umgesetzt sind, setzt sich das Medibüro neben dem politischen Engagement weiter für die medizinische Versorgung aller Migrant\_innen ein. Besonders dringend werden vom Medibüro Ärzt\_innen der Fachrichtungen Neurologie, Psychotherapie, Augenheilkunde, Zahnmedizin, Dermatologie und Rheumatologie gesucht, die sich vorstellen

können, Migrant\_innen ohne Krankenversicherung ambulant und kostenlos zu behandeln. Das Problem der unzureichenden Versorgung ist auch der Berliner Ärzt\_innenschaft nicht unbekannt. Dankeswerter Weise hat „Berliner Ärzte“ immer wieder darüber berichtet. Verändert hat sich in den letzten Jahren jedoch leider kaum etwas. Den vom Medibüro initiierten bundesweiten Aufruf „Für eine reguläre Gesundheitsversorgung aller Menschen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus!“ hat Herr Jonitz zwar unterschrieben. Eine klare politische Positionierung des Vorstandes der Berliner Ärztekammer zur Situation in der Stadt wäre darüber hinaus jedoch sehr hilfreich.

Stefan Jarosch, DESA  
FA Anästhesie Intensivmedizin  
für das Medibüro Berlin

### Anmerkung der Redaktion:

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat über den Ausschuss für Menschenrechtsfragen sowie die aktive Mitwirkung am Runden Tisch Flüchtlingsmedizin mehr als deutlich gemacht, welche Position die Ärztekammer Berlin in dieser Frage vertritt.

Gleichzeitig möchten wir auf die in Heft 2/2011 erschienenen Ergebnisse einer Umfrage zum Thema hinweisen („Die Leute kommen nie wegen Bagatelldelikten“).

Diese umfangreiche Fragebogenaktion (Heft 1/2010), zu deren Teilnahme Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz aufgefordert hatte, wurde durch den Vorstand der Ärztekammer Berlin beschlossen und maßgeblich unterstützt.

### Medien

## „Tagesspiegel“ bittet um Beteiligung bei neuer Ärzteumfrage

Auch in diesem Jahr wird der „Tagesspiegel“ gemeinsam mit Gesundheitsstadt Berlin wieder einen Vergleich Berliner Kliniken veröffentlichen und in diesem Rahmen eine Befragung von niedergelassenen Ärzten durchführen. Darin werden die Mediziner um ihre Empfehlungen von Krankenhäusern und Spezialpraxen für bestimmte stationäre und ambulante Behandlungen gebeten. Denn obwohl immer mehr Anbieter ausschließlich auf Patientenempfehlungen set-

zen, sind „Tagesspiegel“ und Gesundheitsstadt Berlin überzeugt, dass die Empfehlungen der überweisenden Ärzte nach wie vor das wichtigste Kriterium bei der Wahl der geeigneten Behandlungseinrichtung sind.

In den kurzen Fragebögen werden die Ärzte gebeten, für maximal fünf Indikationen bis zu vier namentliche Empfehlungen abzugeben. Die Bögen wurden in diesen Tagen an die Mediziner der entsprechenden Fachgebiete

versandt mit der Bitte, diese auszufüllen und mit dem beiliegenden Freiumschlag zurückzusenden. Zusätzlich werden Mitarbeiter des „Tagesspiegel“-Callcenters telefonisch bei Ärzten um ihre Klinikempfehlungen bitten, um eine hohe Beteiligungsquote zu erreichen, die eine belastbare Aussage ermöglicht.

Die diesjährige Befragung wird gemessen an der Zahl der angeschriebenen Mediziner die bisher umfangreichste sein. Dabei geht

es um orthopädische, urologische, gynäkologische, chirurgische, ophtalmologische, psychologische, hautärztliche, kinderärztliche und HNO-Erkrankungen. An der letzten Befragung 2012 hatten sich mehr als 2.000 Ärzte beteiligt.

Sollten Sie als niedergelassener Arzt keinen Fragebogen erhalten haben und an der Befragung teilnehmen möchten, so können Sie diese Unterlagen anfordern. Bitte wenden Sie sich dann per Email an den das Projekt betreuenden Tagesspiegel-Redakteur Ingo Bach: [ingo.bach@tagesspiegel.de](mailto:ingo.bach@tagesspiegel.de)

*Beta-Interferone***Thrombotische Mikroangiopathie**

Das Bundesinstitut für Arzneimittel (BfArM) informiert über Fälle mit thrombotischer Mikroangiopathie unter einer Therapie mit Beta-Interferonen bei Multipler Sklerose (Interferon beta 1a, z.B. Avonex®, Interferon beta 1b, z.B. Betaferon®, Peginterferon beta-1a, z.B. Plegridy®). Auftreten können eine thrombotisch-thrombozytopenische Purpura, ein hämolytisch-urämisches Syndrom und ein nephrotisches Syndrom. Sie können auch mehrere Wochen bis mehrere Jahre nach Beginn der Behandlung mit einem Beta-Interferon auftreten. Die schwerwiegenden UAW (teilweise mit Todesfolge) können als weiterer Nachweis gelten, dass hochwirksame Arzneistoffe auch lebensgefährliche UAW verursachen können.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 159 (34): 83-4

*Dabigatran***Vergleich mit Warfarin**

Zur Therapie von tiefen Venenthrombosen und Lungenembolie wird derzeit für einen Einsatz von Dabigatran (Pradaxa®) geworben. Ein Kommentar vergleicht die Ergebnisse von drei Hauptstudien (Recover I und II, Remedy). Die Autoren ziehen folgende Schlüsse:

- Dabigatran wirkt wie Warfarin
- Circa 70 % UAW und 14 % schwere UAW unter beiden Arzneistoffen
- Größere Blutungen etwas weniger unter Dabigatran
- Myokardinfarkt und instabile Angina pectoris etwas mehr unter Dabigatran
- Kein spezifisches Antidot für Dabigatran

Fazit: kein fühlbarer Fortschritt durch Dabigatran bei Patienten mit tiefer Venenthrombose oder Lungenembolie

Quelle: Prescrire internat. 2015; 24 (1616): 150

*Rauchersatz***Nikotinpflaster und e-Zigaretten**

Wie schädlich sind Arzneimittel, die tabakkonsumierenden Frauen während der Schwangerschaft als Rauchersatz angeboten werden?

**Nikotinpflaster:** In einer dänischen Studie ergab sich eine knapp signifikant erhöhte Rate von leichten muskuloskeletalen Veränderungen zwischen Raucherinnen mit Nikotinpflaster und bei weiter rauchenden Frauen sowie Nichtraucherinnen im ersten Trimenon. Schwere muskuloskeletale Veränderungen traten bei den Frauen mit Nikotinpflaster nicht auf. Im 2. und 3. Trimenon ergaben sich leichte Hypertonie und Tachykardie in der Gruppe der Pflasteranwenderinnen. Entzugserscheinungen traten bei Mutter und Kind kurz vor der Geburt auf, als kein Pflaster mehr appliziert wurde.

**e-Zigaretten:** Sie enthalten Terpene, zu denen bis auf Campher und Thymol (keine Risikesignale) keine Studie vorlag. Oft ist in den e-Zigaretten auch Propylenglykol enthalten, zu dem keine Studien bei Schwangeren gefunden wurden. Hohe Dosen von Ethylenglykol können zu neurologischen, metabolischen und renalen UAW führen. Aufgrund der ungeklärten Zusammensetzung der e-Zigaretten und deren Rauch scheint diese Form der Rauchabstinenz für Schwangere nicht empfehlenswert zu sein. Erwähnenswert scheint auch, dass aufgrund von Gerichtsurteilen e-Zigaretten nicht als Arzneimittel gelten.

Vorzuziehen sind – mit erheblichen Bedenken – die orale Gabe eines Rauchentwöhnungsmittels oder einzelne Inhalationen, da hier kein kontinuierlicher Nikotinspiegel im Körper aufgebaut wird.

Quelle: Prescrire internat. 2015; 24(161): 157-161

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:**

**Dr. Günter Hopf**  
**Ärztammer Nordrhein**  
**Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf**  
**Telefon: 0211 / 43 02-22 72**

## Middle East Respiratory Syndrome (MERS) bei Asienurlaubern?

Das Middle East Respiratory Syndrome (MERS) wird durch ein Coronavirus verursacht, Dromedare gelten als Virus-Reservoir. Das Spektrum der von Coronaviren ausgelösten Erkrankungen reicht von harmlosen Atemwegsinfekten bis zu schweren Atemwegssyndromen wie SARS. Die MERS-Coronavirus-Variante gefährdet besonders ältere Menschen, Diabetiker und andere chronisch Erkrankte (z.B. Personen mit COPD, Malignomen, Immunsuppression). Zum Krankheitsbild gehören Fieber, Husten und Atemnot. Eine Pneumonie liegt häufig, aber nicht immer vor. Die Letalität ist mit 36% hoch.

Seit dem Auftreten des ersten MERS-Falles im April 2012 in Saudi Arabien sind bis zum 27. Juni 2015 1357 bestätigte Fälle bei der WHO gemeldet worden, über 80% der Fälle traten in Saudi Arabien auf. Im Mai 2015 kam es zu einem Ausbruch in Südkorea, bis 30.6.2015 waren 181 Erkrankungen bestätigt. Der vorläufige Gipfel dieser Epidemie ist inzwischen überschritten. Nur der Indexfall, ein aus Saudi Arabien nach Südkorea zurückgekehrter Reisender, hatte nach bisherigen Erkenntnissen weder Kontakt zu Dromedaren noch zu MERS-Erkrankten oder Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Institut für Tropenmedizin  
und Internationale Gesundheit Berlin



Der MERS-Ausbruch in Südkorea hat bei Touristen Ängste geweckt. Nach jeweils einem nach Deutschland importierten Fall 2012 und 2013 hatte sich zuletzt im März 2015 ein Deutscher, der in die Vereinigten Arabischen Emirate gereist war und dort einen Kamelmarkt besucht hatte, infiziert. Häufig wird der Wunsch geäußert, eine MERS-Infektion durch einen Abstrich oder eine Blutuntersuchung auszuschließen. Die Kriterien zur Identifikation von Patienten zur weiteren diagnostischen Abklärung hat das Robert-Koch-Institut definiert: Unabhängig von der Schwere respiratorischer Symptome muss eine spezifische Untersuchung auf eine Erkrankung durch MERS-CoV durchgeführt werden, wenn 1. der Patient Kontakt mit einem bestätigten oder wahrscheinlichen MERS-Fall hatte oder 2. der Patient an einem akuten respiratorischen Syndrom leidet, bei dem Hinweise auf ein entzündliches Infiltrat in den unteren Atemwege vorliegen (z.B. Pneumonie oder Akutes Atemnotsyndrom) und ein Aufenthalt in einem Risikogebiet 14 Tage vor Auftreten der Symptomatik vorausging.

Die WHO hat davon abgesehen, die MERS-Epidemie als Internationalen Notfall für die öffentliche Gesundheit auszurufen. Als Grund hierfür wird zum einen die nicht leichte Übertragbarkeit in der Bevölkerung genannt. Die MERS-Übertragungen erfolgen i.d.R. nur durch direkten, engen Kontakt z.B. bei der Pflege der Patienten im Krankenhaus oder in der Familie. Zum anderen gibt es keine Hinweise auf eine Mutation der Corona-Viren, die das Übertragungsmuster verändern könnte.

Erkrankte Reisende, die Kontakt mit MERS-Erkrankten oder dem einheimischen Gesundheitswesen gehabt haben und solche, bei denen konkrete Hinweise auf ein entzündliches Geschehen in den unteren Atemwegen innerhalb von 2 Wochen nach Aufenthalt in einem Endemiegebiet vorliegen, müssen an MERS denken lassen. Für Einzelheiten sei auf die informativen Internet-Seiten des Robert-Koch-Instituts hingewiesen.

Dr. Sebastian Dieckmann  
Tropenmedizinische Ambulanz  
Institut für Tropenmedizin und  
Internationale Gesundheit  
Charité Universitätsmedizin Berlin  
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin  
[www.charite.de/tropenmedizin](http://www.charite.de/tropenmedizin)

## Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Jede Ärztin, jeder Arzt kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und sum-

mieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patientin / Patient hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist dabei nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team.

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten für (Erst-)Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase an. Anhand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten Simulationspatienten / innen geübt und bearbeitet.

**Termin:** Freitag 06.11.2015 bis Samstag 07.11.2015

**Wissenschaftliche Leitung:**

Frau Dr. med. Klapp

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

**Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 290 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt.

Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de - Anerkannt mit 17 Fortbildungspunkten.

## Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte



### Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am **13. Oktober 2015** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin (Kreuzberg), durch. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit absolviert haben. **Anmeldeschluss ist der 11. September 2015.** Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

### Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte im Winter 2015 / 2016 finden an folgenden Tagen statt:

**Schriftlicher Teil der Prüfung:**  
01. und 02. Dezember 2015

**Praktischer Teil der Prüfung:**  
11. Januar bis 30. Januar 2016

Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **11. September 2015** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie, Bescheinigung des auszubildenden Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

### Vorgezogene Abschlussprüfungen

**Schriftlicher Teil der Prüfung:**  
01. und 02. Dezember 2015

**Praktischer Teil der Prüfung:**  
11. Januar bis 30. Januar 2016

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Auszubildenden, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine

Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum **11. September 2015** eingereicht werden.

### Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen:

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei. Nähere Informationen erhalten Sie unter Tel.: 030 / 40 80 6-26 26.

## Spezialkurse im Strahlenschutz zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

nach Röntgenverordnung bei Interventionsradiologie und Computertomographie

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Termin: Donnerstag, 3. Dezember 2015, 8.30-17 Uhr

Ort: wird noch bekannt gegeben

### Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Termin: Freitag, 4. Dezember 2015, 9-17.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Kursgebühr: jeweils 155 Euro

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15;

E-Mail: fb-aag@aekb.de Anerkannt mit 9 Fortbildungspunkten.

Rezeptvorgaben

## Neue Pflichtangaben auf Verschreibungen von Arzneimitteln und Verordnungen von Medizinprodukten

Aufgrund einer Verordnung u.a. zur Änderung der Arzneimittelverschreibeverordnung (AVV) und zur Medizinprodukteabgabeverordnung (MPAV) sind am 1. Juli 2015 für die Verordnung von Arzneimitteln und Medizinprodukten wichtige Änderungen in Kraft getreten. Ab dann muss auf ärztlichen Verschreibungen und Verordnungen zusätzlich zum bisherigen Inhalt auch eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme angegeben werden. Außerdem sind bisherige Angaben präzisiert worden. Die ärztliche Verschreibung von Arzneimitteln sowie die Verordnung von Medizinprodukten müssen zukünftig die folgenden Angaben enthalten: Name, Vorname, Berufsbezeichnung und Anschrift der Praxis oder der Klinik der verschreibenden ärztlichen Person einschließlich einer Telefonnummer zur Kontaktaufnahme.

Weiterhin muss die Verschreibung von Arzneimitteln nach der AVV wie bisher die folgenden Angaben enthalten:

- Datum der Ausfertigung,
- Name und Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist,
- Bezeichnung des Fertigarzneimittels oder des Wirkstoffes einschließlich der Stärke, bei einem Arzneimittel, das in der Apotheke hergestellt werden soll, die
- Zusammensetzung nach Art und Menge oder die Bezeichnung des Fertigarzneimittels, von dem Teilmengen abgegeben werden sollen,
- Darreichungsform, sofern dazu die in den letzten beiden Punkten genannte Bezeichnung nicht eindeutig ist,
- abzugebende Menge des verschriebenen Arzneimittels,

- Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen,
- Gültigkeitsdauer der Verschreibung,
- die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz.

Die Verordnung von Medizinprodukten muss keine Telefaxnummer und auch keine E-Mailadresse mehr enthalten. Folgende Angaben sind über die oben bereits genannten Angaben nach der MPAV zu machen:

- Bezeichnung des Medizinprodukts sowie bei Sonderanfertigungen die spezifischen Auslegungsmerkmale, nach

denen dieses Produkt eigens angefertigt werden soll,

- abzugebende Menge oder gegebenenfalls Maße des verschriebenen Medizinproduktes,
- bei Medizinprodukten, die in der Apotheke hergestellt werden sollen, eine Gebrauchsanweisung, soweit diese nach § 7 des Medizinproduktegesetzes vorgeschrieben ist,
- die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person oder, bei Verschreibungen in elektronischer Form, deren qualifizierte elektronische Signatur nach dem Signaturgesetz.

Fragen von Kammerangehörigen zu den Änderungen beantworten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin gerne. Ansprechpartner und Informationen zur telefonischen Erreichbarkeit finden Sie hier: [www.aerztekammer-berlin.de](http://www.aerztekammer-berlin.de) -> Arzt -> Berufsrecht -> Ansprechpartner.

Fortbildung 3



### 4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



ÄRZTEKAMMER  
BERLIN

Nach den Erfolgen der Fortbildungskongresse der vergangenen Jahre lädt die Ärztekammer Berlin zusammen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum 4. Fortbildungskongress am 05. Dezember 2015 ein.

Auch in diesem Jahr werden wir ein Programm aufgelegt, das sich wesentlichen medizinischen Themen und ärztlichen Fähigkeiten in Plenarveranstaltungen sowie verschiedenen Workshops widmet.

**Kongressleitung:**

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

**Termin:** Samstag, 05. Dezember 2015

**Veranstaltungsort:**

Ärztekammer Berlin  
Friedrichstraße 16 in  
10969 Berlin

**Teilnehmerentgelt:**

45,00 EUR Mitglieder Ärztekammer Berlin  
65,00 EUR Nichtmitglieder Ärztekammer Berlin

**Anmeldung:**

Andrea Hofmann  
Tel.: 030 / 408 06-12 05  
E-Mail: [fortbildungskongress@aekb.de](mailto:fortbildungskongress@aekb.de)

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Das Programm folgt in Kürze

Fortbildung 4

### Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** Samstag

12. Dezember 2015, 9-17:30 Uhr

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

**Veranstaltungsort:** Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin  
**Kursgebühr:** 100 Euro (inkl. Verpflegung)

**Anmeldung:** Ärztekammer Berlin,  
Tel.: 030 / 408 06-12 15 oder per  
Fax: 030 / 408 06-55 13 99,  
E-Mail: [fb-aag@aekb.de](mailto:fb-aag@aekb.de)

Anerkannt mit 8 Fortbildungspunkten.

# Der Wettbewerb um die besten Ideen

20  
JAHRE  
1995 - 2015



## BERLINER GESUNDHEITSPREIS 1995 - 2015

Seit 1995 zeichnen der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost herausragende Projekte aus der bundesweiten Gesundheitsversorgung mit dem Berliner Gesundheitspreis aus. Er ist nicht nur der langlebigste, sondern zählt zu den höchstdotierten und meist beachteten Gesundheitspreisen in Deutschland.

Der Berliner Gesundheitspreis ist ein Ideenwettbewerb, er steht für innovative Lösungen, die direkt aus der Praxis kommen („Best Practice“), zukunftsweisend und Vorbilder sind. Die Ausschreibungsthemen sind „immer am Puls der Zeit“, wie Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der diesjährigen Verleihung sagte. Sie greifen Probleme und Herausforderungen in der Versorgungslandschaft auf, nicht selten bevor sie von Politik und Gesetzgeber erkannt werden. Viele der prämierten Projekte sind durch den Berliner Gesundheitspreis erst bekannt geworden und haben Netzwerkarbeit ermöglicht. Das diesjährige Wettbewerbsthema „Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ kam auch dem Prinzip des Preises nach: Die wertschätzende Zusammenarbeit aller Akteure im Gesundheitswesen. Die Preisverleihung und Jubiläumsfeier am 17. Juni 2015 standen ganz in diesem Zeichen.

Von *Michaela Peeters*



Tortenanschnitt – Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe schneidet im Kreise der Initiatoren die Jubiläumstorte an: (v.li.) Jürgen Graalman (zu diesem Zeitpunkt noch Vorstandsvors. des AOK-BV (lesen Sie mehr dazu auf S. 6, Anm. der Red.)), Frank Michalak (Vorstandsvors. AOK-Nordost), Dr. Günther Jonitz (Präs. Ärztekammer Berlin)



Alle Stühle waren besetzt im Atrium des AOK-Bundesverbandes, Gäste waren zahlreich gekommen.

## Das Jubiläum

Das Thema „Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ war geradezu prädestiniert für den diesjährigen Jubiläumswettbewerb und Ausdruck eines gemeinsamen Geistes, den die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises – AOK Bundesverband, AOK-Nordost und Ärztekammer Berlin – seit 20 Jahren leben. Gemeinsam Verantwortung zu übernehmen und zusammen nach Lösungen zu suchen, ist seit zwei Jahrzehnten Auftrag des Berliner Gesundheitspreises und charakteristisch für die Überzeugung seiner Initiatoren – und gewissermaßen alle zwei Jahre auch Appell an die Wettbewerbsteilnehmer. Was der Berliner Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz auf eine einfache Formel bringt, ist Programm: „Menschen machen Menschen gesund“. Aus mehr als 800 Bewerbungen wurden seit 1995 rund 60 innovative Projekte mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet. Mit ihnen verbinden sich unzählige Menschen, die mit guten Ideen und innovativen Lösungen aus dem Versorgungsalltag, also unmittelbar aus der Praxis, zum Vorbild geworden sind. Themen wie „Der Mensch ist unser Maß“ (1995), das sich für ein praxisnahes, menschlicheres Medizinstudium einsetzte und den Berliner Reformstudien-gang unter 300 Bewerbern als ersten

Preisträger hervorbrachte, aber auch „Alter und Gesundheit“ (2000), das sich dem demografischen Wandel widmete und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit des Praxisnetzes Nürnberg Nord als eines der ersten Arztnetze auf den ersten Platz kürte, oder – und vor allem – das Thema „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur“ (2002), das Behandlungsfehler aus der Tabuzone holte („Reden ist Gold“) und zum Initialzündler für die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit wurde, sie alle waren ihrer Zeit weit voraus und damit Ideengeber und Innovationsbeförderer für das deutsche Gesundheitswesen.

Damit ist der Berliner Gesundheitspreis, 1995 u.a. vom damaligen Berliner Kammerpräsidenten Dr. Ellis Huber als „Ideenwettbewerb für ein besseres Gesundheitswesen“ ins Leben gerufen, von Anfang an Blaupause für Gesetze und Richtlinien und Motor für neue, zukunftsorientierte Entwicklungen im bundesweiten Gesundheitswesen.

## Innovation aus Bestehendem

In seinem Essay für die Jubiläumsschrift des Berliner Gesundheitspreises schreibt der Psychologe und Organisationsberater Klaus Doppler: „Menschen neigen dazu, am Bestehenden so lange festzuhalten, bis sich das Neue als vor-

teilhafter erwiesen hat.“ Dahinter verbirgt sich die Angst des Menschen vor Veränderung, die nicht selten zunächst als unbequem empfunden wird. „Aber“, so Jonitz, „Medizin verändert sich, sie ist nicht mehr die gleiche wie vor 2.000 Jahren“ – und mit ihr haben sich auch die Rahmenbedingungen verändert. Auch die Anforderungen an die Menschen im Gesundheitswesen sind gestiegen oder haben sich sogar verschärft.

Der Berliner Gesundheitspreis zeigt, wie sich aus Veränderung positive Impulse ergeben können und sich neue Wege auf tun. Was im Kleinen funktioniert, kann Modellcharakter haben. Das ist es, was die Initiatoren – AOK Bundesverband, AOK-Nordost und Ärztekammer Berlin – reizt, nämlich alle zwei Jahre ein heikles oder gern auch unbequemes Thema ‚anzustoßen‘ und festzustellen, wie mit einfachsten, vorhandenen Mitteln, sozusagen aus Bestehendem Innovatives entwickelt wird, das ein Umdenken ermöglicht. Nicht die neueste Technologieanschaffung oder eine kostenintensive Unternehmensberatung – die Antwort auf Versorgungsgenpässe liefern vielmehr Methoden und Handlungskonzepte, die unmittelbar von Innen kommen und von den Menschen direkt aus dem Versorgungsalltag – in der Praxis oder

## Chronik der Berliner Gesundheitspreis-Themen 1995-2015



**1995:**  
Der Mensch ist unser Maß – Menschen, die helfen, und Menschen, die Hilfe brauchen



**1998:**  
Gesundheitsziele



**2000:**  
Alter und Gesundheit



**2002:**  
Fehlervermeidung in Medizin und Pflege



**2004:**  
Hausarztmedizin der Zukunft



**2006:**  
Im hohen Alter zu Hause leben  
Herausforderung für die ambulante medizinische Versorgung



**2008:**  
Adherence – Gesagt ist nicht getan



**2010:**  
Auch Helfer brauchen Hilfe – Pflegenden Angehörige



**2013:**  
Wie kommt Wissen in die Praxis?

Klinik – gemeinsam erarbeitet wurden. Ausgangspunkt sind die Beteiligten selbst, die die Erfahrung mitbringen und am besten die Bedürfnisse kennen – ihre eigenen, aber vor allem die ihrer Patienten. Wo es ‚klemmt‘, wo Mittel und Personal fehlen oder vorhandene Strukturen den aktuellen Anforderungen nicht mehr standhalten, sind Engagement, Kreativität, ein offenes Miteinander und eine wertschätzende Zusammenarbeit aller am Versorgungsprozess Beteiligten gefordert. Eine bessere Kooperation aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen ist somit Leitthema des Berliner Gesundheitspreises.

Zehn Themen haben in den letzten zwanzig Jahren dazu Antworten geliefert (s. Kasten links und unten).

### Das Ausschreibungsthema 2015



**2015:** Zusammenspiel als Chance – Interprofessionelle Teams im Krankenhaus

Mit dem Ausschreibungsthema „Zusammenspiel als Chance – Interprofessionelle Teams im Krankenhaus“ griffen die Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises die Entwicklung des medizinischen Fortschritts und den Anstieg des Versorgungsbedarfs einer immer älter werdenden, multimorbiden Gesellschaft auf und begegneten ihr mit einem zeitgemäßen Ansatz, der nicht nur der modernen Versorgungslandschaft Rechnung trägt, sondern auch den Beruf des Arztes und der

Pflege attraktiver zu gestalten versucht. Interdisziplinäre oder interprofessionelle Zusammenarbeit sieht vor, dass sich unterschiedliche Fachdisziplinen aus Klinik, Praxis und Pflege strukturiert zusammenschließen und vernetzen und von gebündeltem Fachwissen profitieren. Gesucht wurden neue Formen der Zusammenarbeit und der Kooperation der Gesundheitsberufe, die sich in erster Linie – im Sinne einer optimalen Versorgungsqualität – an den Bedürfnissen des Patienten orientieren. Ziel sollte sein, Informationen, Menschen und Ressourcen systematisch und effektiv einzusetzen, um u. a. Arbeitsbedingungen zu verbessern und Faktoren wie Ärztemangel und eine wohnortnahe Versorgung besser zu steuern. Im Vordergrund stehen die Sicherheit der Patienten und die Zufriedenheit mit der Qualität der Behandlung. Teamleistung anstatt Einzelleistung, so lautete die Devise der Ausschreibung. Die interessierten Wettbewerbsteilnehmer waren aufgefordert, zu präsentieren, wie die in ihrem Projekt beteiligten Berufsgruppen – sei es im eigenen Haus oder über verschiedene Einrichtungen hinweg – die Bereitschaft mitbringen, aufeinander zuzugehen, sich die eigenen Grenzen bewusst und die Kompetenzen des anderen zu Nutze zu machen. Die Projekte sollten deutlich machen, dass sie für eine neue Kultur der Zusammenarbeit stehen, die idealerweise auf Augenhöhe stattfindet, die Spaß macht und sich positiv auf den Patienten auswirkt.

### Die Rolle des Arztes im Team

Der Arzt, der die zentrale Führungsrolle im gemeinschaftlich verantwortlichen Team innehat, muss sich in seiner berufsrechtlichen Verantwortung mehr denn je darauf verlassen können, dass das Hand-in-Hand-Gehen aller am Versorgungsprozess Beteiligten gewährleistet ist. Er gibt Orientierung und ist erster Ansprechpartner für den Patienten, für Kollegen, Pflege- und Assistenzpersonal. Die persönliche Bindung des Arztes zum Patienten ist dabei zentral. Den Patienten erwartet dadurch die

bestmögliche, qualitätsgesicherte medizinische Überwachung über Diagnostik, Behandlung und Pflege. Eine optimale komplexe Versorgung, Information und Aufklärung des Patienten wird so gewährleistet. Nicht allein aus ärztlicher Hand, sondern über viele Hände.

## Der Wettbewerb

Aus 53 Einsendungen hat die Jury folgende Projekte mit dem Berliner Gesundheitspreis ausgezeichnet:

### 1. Preis: Gleichbehandlung statt Bevormundung – „Das Weddinger Model“ der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus, Berlin

„Das Weddinger Modell“ der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus überzeugte die Jury beim diesjährigen Wettbewerb am meisten und wurde mit dem 1. Preis und einem Preisgeld von 25.000 Euro ausgezeichnet. Was die Pflegedirektorin Ina Jarchov-Jádi und Oberärztin Lieselotte Mahler vor fünf Jahren initiierten, deckte sich mit den Ausschreibungsanforderungen in lebensnaher und plastischer Weise. Die Preisträgerinnen konnten anschaulich verdeutlichen, wie flache Hierarchien, gemeinsame Entscheidungs-

gen und ein psychiatrisches Behandlungskonzept, das den Patienten selbst und seine Lebenslage würdigt, zu einer bestmöglichen Therapie für den Patienten und zu einer effizienten, qualitätsorientierten Behandlung und Zufriedenheit aller führt. Dabei stellt die Psychiatrische Klinik unweit des Touristenmagnets Hackescher Markt eindrücklich unter Beweis, wie durch einen einfachen Perspektivwechsel eine scheinbar selbstverständliche Normalität für alle Beteiligten geschaffen wird, die für gängige Klinikstrukturen durchaus ungewöhnlich ist und den Initiatoren damit umso preiswürdiger erschien. Das Ungewöhnliche: Der Betroffene steht im Mittelpunkt und die beteiligten Berufsgruppen werden mit ihrem jeweiligen Fachwissen einbezogen und bilden das multiprofessionelle Behandlungsteam. Ob Arzt oder Pfleger, Sozialarbeiter oder Therapeut, aber auch Patient und Angehörige – sie alle sprechen die Therapie gemeinsam ab. Der Patient ist von Anfang an bei allen Besprechungen dabei, wird in seiner Situation ernst- und wahrgenommen und nicht bevormundet. Bewusst wird er in die Therapieentscheidung miteinbezogen. So spielt beispielsweise für einen Patienten mit Schulden und existenziellen Nöten der Sozialarbeiter eine wesentliche Rolle in seiner Therapie. Und einem angstgestörten Patienten wird nicht mit

weißen Kitteln und geschlossenen Türen begegnet, sondern mit Offenheit, Zugewandtheit und größtmöglichem Freiraum.

Ziel ist es, die psychiatrische Behandlung für alle Berufsgruppen, aber auch für die Patienten und Angehörigen transparent und partizipativ zu gestalten. Innovativ ist das Modell, weil es mit tradierten Krankenhaus- und Organisationsabläufen bricht, vorhandene Strukturen optimiert und ein Umdenken anstößt. Es zeigt, dass ein Konzept auf der Basis von Transparenz, Partizipation und Mitbestimmung in einer ganzen Klinik implementiert und umgesetzt werden kann. Der 1. Preis des diesjährigen Berliner Gesundheitspreises soll helfen, viele Nachahmer dafür zu finden.

1. Preisträger: Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus, Berlin

Projekt: Weddinger Model

Preisgeld: 25.000 Euro

Ansprechpartner: Ina Jarchov-Jádi, Pflegedirektorin, Alexianer St.-Hedwig-Krankenhaus, und Lieselotte Mahler, Oberärztin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus, Berlin, Tel.: 030/2311 2535, E-Mail: lieselotte.mahler@charite.de



Die glücklichen Gewinnerinnen des 1. Preises mit ihrem Laudator, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, und den Initiatoren des Berliner Gesundheitspreises: (v.li.) Frank Michalak (AOK-Nordost), Günther Jonitz (ÄKB), Lieselotte Mahler und Ina Jarchov-Jádi (Weddinger Model), Hermann Gröhe (BMC), Jürgen Graalman (ehem. AOK-BV)



Die stolzen 2. Preisträgerinnen mit Staatssekretärin und ihrem Laudator: (v.li.) Almut Hartwig-Tiedt (Brandenburg), Dr. Christian Jenssen und Dr. Cristine Pietsch (Krankenhaus Märkisch-Oderland), Prof. Axel Ekkernkamp (UKB)

## 2. Preis: Netzwerk zur Betreuung von Diabetikern im Landkreis Märkisch-Oderland, Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Strausberg

Der zweite Preis und ein Preisgeld von 20.000 Euro gingen an das Krankenhaus Märkisch-Oderland und sein „Multiprofessionelles Netzwerk zur Betreuung von Diabetikern“. Im Mittelpunkt dieses Projektes, das seit 2010 existiert, steht die Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus oder unbekanntem Diabeteserkrankungen durch ein interprofessionelles Diabetesteam. Dabei stand zu Beginn die Überlegung im Vordergrund, dass Diabetes-Patienten, die nicht aufgrund ihrer Diabetes-Erkrankung, sondern wegen eines anderen Befundes in die Klinik Märkisch-Oderland kamen, in der Vergangenheit nur am Rande hinsichtlich ihres „Zuckers“ versorgt wurden. Das wollten die Oberärztin und Diabetologin Dr. Cristine Pietsch und Chefarzt Dr. Christian Jenssen ändern. Sie riefen ein multiprofessionelles und interdisziplinä-

res Behandlungsteam ins Leben, das über Abteilungsgrenzen hinweg mittels vernetzter Strukturen eine kontinuierliche Versorgung des Diabetes-Patienten ermöglicht. Orientierung und Hilfestellung bekommen alle Beteiligten durch standardisierte Behandlungspfade, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen fachabteilungsübergreifend regeln. Aber auch nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird auf eine kontinuierliche Weiterbehandlung des Patienten auch im ambulanten Bereich Wert gelegt und eine Vernetzung mit Hausarztpraxen, Pflegediensten und Pflegeheimen der Region gepflegt. So bietet die Klinik Märkisch-Oderland beispielsweise nichtärztlichem Personal und Pflegekräften in Hausarztpraxen und Pflegeeinrichtungen regelmäßig Schulungen und Fortbildungen an. Die Jury würdigte vor allem die breit aufgestellte Interdisziplinarität, aber auch die patientenorientierte, therapiefördernde Kooperation zwischen stationärem und ambulatem Bereich. „Dieses Projekt hat durch

seinen umfassenden Ansatz Vorbildcharakter. Sowohl die Patientenperspektive als auch die Kompetenz- und Weiterentwicklung der Mitarbeiter, aber vor allem der intersektorale Ansatz sind sehr positive Aspekte dieses Projektes“, hob Prof. Ekkernkamp, Jurymitglied und Ärztlicher Direktor des Unfallkrankenhauses Berlin, in seiner Laudatio hervor. Die Klinik beteiligt sich an der Entwicklung für das neue Zertifikat der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) „Klinik für Diabetestpatienten geeignet“.

**2. PREISTRÄGER:**  
Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH,  
Strausberg

Projekt: Netzwerk zur Betreuung  
von Diabetikern im Landkreis  
Märkisch-Oderland

Preisgeld: 20.000 Euro

Ansprechpartner: Dr. Christian Jenssen,  
Leiter der Abteilung Innere Medizin im  
Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH,  
Strausberg, Tel.: 03341 52 350,  
E-Mail: c.jenssen@kholm.de

## Sonderpreis: „Angstfreies Krankenhaus“ am Krankenhaus Waldfriede, Berlin

Einen Sonderpreis mit einem Preisgeld von 5.000 Euro vergab die Jury an das Krankenhaus Waldfriede in Berlin-Zehlendorf, das mit seinem bundesweit einmaligen Projekt „Angstfreies Krankenhaus“ punkten konnte. Der Ansatz: Patienten, die mit Angst vor einem Krankenhausaufenthalt oder einer Operation in die Klinik kommen, werden mittels psychosozialer Vorbereitung betreut und im Sinne eines positiven OP- bzw. Behandlungsverlaufs emotional gestärkt. Die Idee für das „Angstfreie Krankenhaus“ war 2011 geboren, als der Oberarzt Michael Volland und die leitende Anästhesieärztin zusammen mit der leitenden OP-Koordinatorin und zwei Seelsorgern dieses medizinisch-psychosoziale Konzept aus ihrer Erfahrung mit Angstpatienten entwickelten. Auch hier bei diesem Wettbewerbsbeitrag steht die Patientenperspektive im Zentrum der Behandlung. Seinen Ängsten und Sorgen, aber auch seinem Bedürfnis nach Information und Aufklärung wird in Vorgesprächen und in der „Angstgesprächsstunde“ begegnet.

Auch der Besuch der Intensivstation und des OPs kann helfen, Ängste abzubauen und sich mit der Situation rund um den Eingriff vertraut zu machen. Aufklärung, Transparenz und die Möglichkeit für den Patienten, seine Sorgen zu teilen, tragen so zu einem günstigen Behandlungsverlauf bei. 2013 wurde die Arbeitsgruppe dauerhaft im Krankenhaus Waldfriede etabliert. Alle eingebundenen Mitarbeiter erhalten Fortbildungen in Kommunikationstechniken wie bspw. „Breaking-Bad-News“. Die Jury überzeugten der humane, würdevolle Umgang mit dem Patienten und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen auf Augenhöhe. Insbesondere die behandelnden Ärzte der operativen Fächer und der Anästhesie, aber auch Seelsorger, Psychotherapeuten und Pflegekräfte sind in das Projekt, das kontinuierlich weiterentwickelt und ausgebaut wird, integriert. Hedwig Francois-



Die Gewinner des Sonderpreises mit Laudatorin: (v.li.) Bernd Quoß und Dr. Michael Volland (Krankenhaus Waldfriede), Hedwig François-Kettner (Vors. Aktionsbündnis Patientensicherheit)

Kettner, Jurymitglied und Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, hob in ihrer Laudatio insbesondere „den Ansatz, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und über ihn interdisziplinäre Zusammenarbeit zu befördern“ hervor. Ein Projekt, das ausgezeichnet mit dem Sonderpreis des Berliner Gesundheitspreises 2015 Schule machen soll.

### SONDERPREIS:

Krankenhaus Waldfriede e.V., Berlin

Projekt: Angstfreies Krankenhaus

Preisgeld: 5.000 Euro

Ansprechpartner: Dr. med. Michael Volland, Funktionsoberarzt der Allgemein Chirurgie, Krankenhaus Waldfriede, E-Mail: m.volland@waldfriede.de

### Lobende Erwähnung: „Interdisziplinärer Kinderschutz in der Charité Berlin“

Mit einer „lobenden Erwähnung“ würdigte die Jury das Kinderschutzprojekt der Charité, das in Zeiten, in denen Kinderschutzmaßnahmen in deutschen Krankenhäusern noch nicht verpflichtend sind, durch die Prämierung Impulse für weitere, derartig sinnvolle Netzwerkarbeit geben soll. Die Charité – Universitätsmedizin Berlin brachte ein interdisziplinäres Projekt in den Wettbewerb ein, das an einem besonders sensiblen Versorgungsbereich ansetzt. Was mit einer Handlungsleitlinie zur Kinderschutzarbeit 1988 begann und von der Klinik für

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters weiter vorangetrieben wurde, hat sich 2006 mit der Einrichtung einer Kinderschutzkoordinatorin und 2010 mit der Bildung der „Kinderschutzgruppe“ zu einer zentralen Anlauf- und Koordinierungsstelle entwickelt. Hier arbeiten unterschiedliche Disziplinen, Kinderärzte, Kinderpsychiater und -psychologen, Sozialarbeiter und Pflegepersonal als interprofessionelles Team zusammen. 13 Kliniken sind Charité-intern angebunden und stellen ihr Wissen und ihre Expertise zur Verfügung. Grundlage für die erfolgreiche Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fächer und Berufsgruppen ist ein standardisiertes Vorgehen mit vereinbarten Handlungsabläufen, das bei Verdacht auf Kindesmisshandlung greift.

Zentral ist auch, die Perspektive der Kinder und ihrer Eltern dauerhaft in den Behandlungsprozess einzubeziehen und Hilfestellung bei körperlicher oder emotionaler Vernachlässigung zu geben. Es werden zudem Unterstützungsmöglichkeiten für die ganze Familie angeboten. Auch präventive Maßnahmen wie Schütteltraumaauflösung (was tun bei „Schreibabys“) oder die Sprechstunde für süchtige Schwangere werden angeboten. Überzeugt hat die Jury die Brisanz des Themas, aber vor allem der seit Jahren praktizierte, selbstverständliche und nachhaltige Ansatz der „Kinderschutz-

gruppe“. Kammerpräsident Jonitz betonte in seiner Laudatio, dass „das Projekt für andere Kliniken viele Anregungen gebe, auch ohne Strukturen wie an der Charité Kinderschutz beherrschbarer zu machen“.

**LOBENDE ERWÄHNUNG:** Kinderschutzgruppe der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters an der Charité  
Projekt: Interdisziplinärer Kinderschutz innerhalb der Charité

**Ansprechpartner:** Loretta Ihme, Dipl.-Psychologin und Koordinatorin der Kinderschutzgruppe der Charité – Universitätsmedizin Berlin, E-Mail: [loretta.ihme@charite.de](mailto:loretta.ihme@charite.de)



Lobende Erwähnung für ein lobenswertes Projekt: (v.li.) PD Dr. Sibylle M. Winter und Loretta Ihme (Kinderschutzgruppe Charité) mit Laudator Günther Jonitz (ÄKB)



## BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2015

### Die Jury des Berliner Gesundheitspreises 2015

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin

Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.

Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Prodekanin für Studium und Lehre, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Charité – Universitätsmedizin Berlin

Karl-Josef Laumann, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege

Cornelia Prüfer-Storcks, Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Lothar Riebsamen, MdB, CDU/CSU, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit

Alexander Schirp, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse

Fritz Schösser, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes



Weitere Informationen: [www.berliner-gesundheitspreis.de](http://www.berliner-gesundheitspreis.de)

# Fachärzte werden jetzt doch gebraucht

## Hauptstadtkongress 2015

Beim diesjährigen Hauptstadtkongress im CityCube Berlin fand erstmals der so genannte Fachärztetag statt. Organisator war der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (Spifa). Dabei gab es zwei Programmpunkte: „Fachärzte heute und morgen“ und „Miteinander statt nebeneinander – Was erwartet die Politik von den Fachärzten?“ An der ersten Runde nahm Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) teil.

Von Sascha Rudat

Dirk Heinrich, 1. Vorsitzender des Spifa, brach zunächst eine Lanze für die Freiberuflichkeit: „Fachärzte in Klinik und Praxis ergänzen sich – auch, weil sie unterschiedliche Tätigkeitsfelder haben. Beide sind unverzichtbar. Und beide Fachärzte – in Klinik und Praxis – sind freiberuflich tätig. So steht es in unserer Berufsordnung. Der Arztberuf ist ein freier Beruf, der nur Patienten und der Allgemeinheit verpflichtet ist.“ Gleichzeitig räumte er aber Reibungsverluste an den Sektorengrenzen ein. Heinrich betonte, dass der Bedarf an Fachärzten weiter zunehmen werde – was nun endlich auch in weiten Teilen der Politik angekommen sei. Man wehre sich zudem gegen eine Grenzziehung zwischen Grund- und Spezialversorgern. Eine klare Absage erteilte Heinrich Einschränkungen bei der Niederlassungsfreiheit. Sie gehöre zu den Grundwerten des deutschen Gesundheitswesens. „Wenn wir anfangen, daran Raubbau zu betreiben, zerstören wir im Kern auch die Freiberuflichkeit. Die Freiheit stirbt immer scheinbarweise.“

Im Anschluss stellte Spifa-Geschäftsführer Lars Lindemann, ehemaliger FDP-Bundestagsabgeordneter, seinen Verband und dessen Zielsetzung vor. Er machte deutlich, dass der Spifa für alle Fachärzte da sei. Und richtete gleich noch eine Solidaritätsadresse an den KBV-Vorsitzenden Andreas Gassen.

Berlins Ärztekammerpräsident Günther Jonitz beglückwünschte den Verband zu

seinem erfolgreichen Start. Er betonte, dass die hohe Zahl an niedergelassenen Ärzten ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens sei. Jonitz machte dann einen Rundumschlag durch die Verbändelandschaft – und sparte dabei nicht an (Selbst-)kritik. In Richtung KVen sagte er, die ausschließliche Fixierung auf das Thema Honorare löse nicht nur Begeisterung in der Öffentlichkeit aus. Die Ärzteschaft hätte es leider in den vergangenen Jahren in weiten Teilen versäumt, die Erfolge in den Vordergrund zu stellen und der Politik Lösungen anzubieten. Genau dies sei die Chance des Spifa. „Der Spifa könnte sich klar im Stil und Umgang von anderen Verbänden unterscheiden“, gab er Heinrich und Lindemann als Rat mit auf den Weg.

### Politik sparte nicht mit Worthülsen

In der nachfolgende Runde konnten die Parlamentarier aller Parteien ihre Wünsche an die Fachärzte los werden.

Natürlich beeilten sich alle, die Bedeutung der Fachärzte für die medizinische Versorgung zu betonen. Maria Michalk (CDU/CSU) bekannte sich zur doppelten Facharztstruktur, ansonsten wolle man die Versorgung weiter „ganzheitlich“ angehen – was auch immer das heißen mochte. Der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Edgar Franke (SPD), bemühte sich, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz schönzureden, was ihm angesichts des ärztlichen Publikums eher mäßig gelang. Gleichzeitig warb er für neue Versorgungsstrukturen wie Praxisnetze. Maria Klein-



Kammerpräsident Günther Jonitz: „Hohe Zahl niedergelassener Fachärzte ist ein Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens“

Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen) ließ erwartungsgemäß kein gutes Haar am GKV-VSG. Sie vermisse eine ausreichende Regionalität. Kritik kam auch von Birgit Wöllert (Die Linke). Diese wurde nur getoppt von Heiner Garg (FDP), der als einziger auf dem Podium nicht dem Bundestag angehörte (Fraktionsvorsitzender im schleswig-holsteinischen Landtag).

Er forderte die anwesenden Ärzte auf, sich weiter gegen das GKV-VSG und dessen Geist zur Wehr zu setzen. Als Liberaler wusste er, was er seinem begeisterten Publikum schuldig war.

srd

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](http://www.aerztekammer-berlin.de) ▶ **Ärzte** ▶ **Fortbildung** ▶ **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
16.09.2015	<b>Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?</b> Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis (weitere Informationen s. S. 24)	Berliner Notdienst Kinderschutz Mindener Str. 14 10589 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 03 E-Mail: b.scholz@aekb.de Teilnahme kostenfrei Anmeldung erforderlich	3 P
09.–10.10.2015	<b>Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16 Std. Kurs)</b>	Ärztekammer Berlin Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 80 68 11 26 E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Teilnehmergebühr: 150 €	16 P
15.10.2015	<b>Sexuell übertragbare Infektionen: Sie sind wieder da – was ist zu tun?</b> Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Deutschen STI-Gesellschaft (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Anmeldung erforderlich. Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Teilnahme kostenfrei Anmeldung erforderlich	4 P
04.11.2015 18.11.2015	<b>Täuschung und Manipulation mit Zahlen</b> – Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen (Teil 1 und 2) (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 408 06-12 08 oder -12 03 E-Mail: c.hasenbeck@aekb.de Anmeldung erforderlich, Teilnehmergebühr: 40 € (für beide Teile, Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar)	8 P (für beide Teile) 4 P pro Teil
06.–07.11.2015	<b>Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten</b> (weitere Informationen s. S. 12)	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
07.11.2015	<b>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	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
18.11.2015	<b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Keine Teilnehmergebühr <b>Jetzt auch Gebiet Augenheilkunde</b>	keine
03.12.2015	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie</b> (weitere Informationen s. S. 12)	Noch offen	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
04.12.2015	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie</b> (weitere Informationen s. S. 12)	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 €	9 P
05.12.2015	<b>4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitglieder, 65 € Nicht-Kammermitglieder	beantragt

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 29.02.–02.03.2016	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	23 P
■ 02.–04.03.2016	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärzttekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P

## Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? In diesem gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit angebotenen Seminar werden ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen vermittelt.

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

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

**Termin:** Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

**Online-Modul:** zwischen 01.09.-01.10.2015

**Präsenzseminare:** 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015  
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 550 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 06, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de. Anerkannt mit **37 Fortbildungspunkten**.

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärzttekammer 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 Herbst 2015 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphasen werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

**Termine:** Präsenzwoche 1: 31.08.-05.09.2015

Präsenzwoche 2: 12.10.-17.10.2015

Präsenzwoche 3: 30.11.-05.12.2015

(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 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

## Sexuell übertragbare Infektionen: Sie sind wieder da – was ist zu tun?

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Deutschen STI-Gesellschaft

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) waren in der Gesellschaft und bei Ärztinnen und Ärzten viele Jahre ein Randthema. Unterdessen ist nahezu eine Verdoppelung der gemeldeten Syphilisinfektionen allein in den vergangenen vier Jahren auf 5.700 Fälle im Jahr 2014 zu verzeichnen. Eine ähnliche Dynamik dürfte für Chlamydien-, Gonorrhoe- und HPV-Infektionen gelten. Zugleich gilt es zu bedenken, dass auch die Therapie von STI durch vermehrte Resistenzentwicklung erschwert wird – dies gilt insbesondere mit Blick auf Gonokokken.

Vor dem Hintergrund dieser Gegebenheiten widmet sich die Fortbildungsveranstaltung folgenden Fragestellungen: Wie und mit welchen Patientinnen und Patienten spreche ich über das „Tabu“-Thema Sexualität und STI? Wie diagnostiziere und behandle ich STI? Welche gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen haben HIV-, HPV-, Gonorrhoe-Infektionen und andere STI? Welche Bedeutung haben STI für Jugendliche und junge Erwachsene? Zur Abrundung der jeweiligen Fachvorträge bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für die Diskussion des vielgestaltigen und hochaktuellen Themenkomplexes.

### Referenten:

Prof. Dr. med. Norbert H. Brockmeyer, *Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum*

Dr. med. Matthias Brockstedt, *Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte*

Dr. med. Christine Klapp, *Klinik für Geburtsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum*

Prof. Dr. med. Heinrich Rasokat, *Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Uniklinik Köln*

Prof. Dr. med. Helmut Schöfer, *Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum der Johann-Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt / Main*

**Termin:** Donnerstag, 15.10.2015, 16:00 bis 19:30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

**Informationen und Anmeldung:** Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, daher ist eine formlose persönliche Anmeldung unbedingt erforderlich. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de oder Fax: 030 / 408 06 55-12 07 Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Anerkannt mit **4 Fortbildungspunkten**.

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

## Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer ankündigungsfähigen Qualifikation

Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Sowohl Ihre Qualifikation als auch das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis sind besonders geeignet, neben Früherkennung, Diagnose und Behandlung von Krankheiten eine orientierende Gesundheitsberatung anzubieten, Patienten zu ermutigen, schädigende Verhaltensweisen einzustellen, abzuändern und zur Inanspruchnahme primärpräventiver Angebote zu motivieren. Die Herausforderungen der demographischen Entwicklung sowie die Veränderung des Krankheitsgeschehens hin zu den chronischen nicht-übertragbaren Krankheiten (NCD) machen ein strukturiertes gesundheitsorientiertes Vorgehen, ein proaktiv präventives Handeln, zur Reduzierung des Erkrankungsrisikos notwendig. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren.

Vor diesem Hintergrund werden in der Fortbildung (Blended-Learning und Präsenztage) Fakten zu Präventionskonzepten, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und durch praktische Übungen vertieft.

**Termin:** 02.11.-18.12.2015 | Blended-Learning inkl. 2 Präsenztage am 20.11.2015 und 18.12.2015 jeweils von 8:30 bis 18 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Die Teilnahme kostet 650 Euro. Tel.: 030 / 408 06-12 11, E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de  
Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten**.

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie in der Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

**Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung wird in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten und vermittelt Grundlagenkenntnisse sowie Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.**

**Termin:** 26.09.2015 von 10-16 Uhr  
30.09.2015 von 17-19:30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Eine Anmeldung ist erforderlich. S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Marion Winterhoeller, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterhoeller@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten (26.09.2015) bzw. 4 Fortbildungspunkten (30.09.2015)**.

## Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes sollen auch Ärztinnen und Ärzte bei Anhaltspunkten von Kindeswohlgefährdung die Situation mit den Eltern erörtern. Das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin wendet sich an Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte, steht aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärzte mit dem Berliner Verfahren zum Kinderschutz vertraut zu machen. Die Arbeitsbereiche des Berliner Notdienst Kinderschutz und des Kinderschutz-Zentrums werden vorgestellt und die Handlungsmöglichkeiten von Ärzten anhand von Praxisbeispielen dargestellt.

**Referenten:** Andreas Neumann-Witt, *Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz*; Lotte Knoller, *Kinderschutz-Zentrum Berlin*

**Moderator:** Dr. med. Matthias Brockstedt, *Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin*

**Termin:** Mittwoch, 16. September 2015  
15 bis 16:30 Uhr

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

**Information und Anmeldung:** Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt und daher ist eine persönliche Anmeldung unbedingt erforderlich. Anmeldung per Fax: 030 / 408 06-55 14 03 oder per E-Mail an: b.scholz@aekb.de, tel. Auskunft: 030 / 408 06-14 03. Die Teilnahme ist kostenfrei.  
Anerkannt mit **3 Fortbildungspunkten**.

## Täuschung und Manipulation mit Zahlen

Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25 Prozent.“ Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft.

Wer keinen Draht zu der Materie Statistik findet, aber einen Einstieg sucht, ist hier richtig. Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, positive Untersuchungsergebnisse oder Zahlenangaben, z.B. signifikante Studien-Ergebnisse kritisch zu würdigen, um ihre Patienten auf besserer Wissensbasis beraten zu können. Im Vordergrund stehen das Verstehen und Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit voneinander. Unterschiede zwischen bedingten Wahrscheinlichkeiten (Relativ-Prozent) und natürlichen Häufigkeiten werden ebenso herausgearbeitet wie auch das Verstehen von Interessenskonflikten, die häufig dazu führen, dass Statistiken irreführend dargestellt werden und mit Zahlen getäuscht wird.

Mit praktischen Übungen. Es wird keinerlei Vorwissen erwartet.

**Termin:** Seminar-Teil 1: 04.11.2015 von 17-19:30 Uhr  
Seminar-Teil 2: 18.11.2015 von 17-19:30 Uhr

**Referent:** Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 0969 Berlin

**Teilnahmegebühr:** 40 Euro für beide Teile  
Teil 1 und 2 sind auch einzeln buchbar

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030 / 408 06-12 08 oder -12 03, E-Mail: c.hasenbeck@aekb.de Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten** für beide Teile bzw. **4 Fortbildungspunkten** pro Teil.

**Das Seminar bieten wir gern auch als Inhouse-Schulung in Ihren eigenen Räumen an!**

# Delegierte unterstützten Charité-Streik

Bericht von der Delegiertenversammlung am 24. Juni 2015

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat sich in ihrer Juni-Sitzung mit den zu diesem Zeitpunkt streikenden Pflegekräften der Charité solidarisiert. Einstimmig verabschiedeten die Delegierten eine Erklärung, in der sie die Ziele des streikenden Pflegepersonals der Charité unterstützen und von den politisch Verantwortlichen erneut die grundlegende Überarbeitung des Fallpauschalensystems (DRGs) für deutsche Krankenhäuser fordern.

Von Sascha Rudat

Die Initiative für die Beschlussvorlage zum Charité-Streik, der zum Redaktionsschluss ausgesetzt war, ging von der Fraktion Gesundheit aus. Sie hatte den Antrag im Vorfeld der DV eingereicht. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) hatte den Entwurf seinerseits um die Kritik am DRG-System ergänzt. Diese Kritik hatte die DV in der Vergangenheit bereits wiederholt geäußert – erstmals vor der Einführung des DRG-Systems im Jahr 2001. Der unbefri-

stete Streik selbst hatte zwei Tage vor der Delegiertenversammlung begonnen. Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) erklärte dazu: „Das ist ein außergewöhnlicher Konflikt. Es geht mal nicht ums Geld, sondern um eine bessere Personalausstattung. Man muss anerkennen, dass die Pflege den größten Preis bei der Ökonomisierung der Krankenhäuser gezahlt hat.“ Harald Mau (Allianz Berliner Ärzte) ergänzte: „Die Qualität unseres Gesundheitswesens hängt an der Pflege.“ In der



Sache herrschte also über alle Listen hinweg Einigkeit. Intensiv wurde dann aber der genaue Wortlaut der Erklärung diskutiert. Es gab eine Reihe von Änderungsvorschlägen. Kammerpräsident Jonitz mahnte daher, die Erklärung nicht zu überfrachten und sie damit ihrer Wirkung zu berauben. Die Delegierten einigten sich schließlich auf einen relativ kompakten Text, den Sie im nachfolgenden Kasten finden.

## Personalmangel gefährdet die Qualität der Patientenversorgung

Die Pflegekräfte der Charité streiken seit dem 22. Juni. Wesentliches Streikziel ist die Festlegung von Mindeststandards zur Personalbemessung in der Pflege und zwar nicht nur auf den Intensiv- sondern auch auf den peripheren Pflegestationen. Die Ärztekammer Berlin unterstützt die Beschäftigten der Charité in dieser Frage ausdrücklich.

Dieses politische Streikziel entspricht auch der wiederholt von Berliner Delegierten initiierten Beschlusslage des Deutschen Ärztetages in den letzten Jahren, zuletzt auch in Frankfurt am Main.

DRG-Einführung (DRG: Diagnosis Related Groups/diagnosebezogene Fallgruppen) und die rasant fortschreitende Ökonomisierung in den Krankenhäusern haben besonders im Pflegebereich der Krankenhäuser zu systematischen und dramatischen Personalreduzierungen geführt, die auch die Ärzteschaft mit großer Sorge erfüllen müssen.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat auf die zu erwartenden Fehlentwicklungen bereits im März 2001 die politisch Verantwortlichen hingewiesen. Diese Fehlentwicklungen sind vollumfänglich eingetreten. Wären DRGs ein Medikament, müssten sie unverzüglich aus dem Verkehr gezogen werden. Fast alle Wirkungen sind ausgeblieben, alle Nebenwirkungen sind eingetreten.

Die DV der Ärztekammer Berlin fordert die politisch Verantwortlichen erneut auf, Maßnahmen zu ergreifen, das DRG-System unverzüglich nachzubessern.

Der Berliner Senat wird aufgefordert, seinen Einfluss geltend zu machen, den Landesbasisfallwert anzuheben, um die Personalkosten in Medizin und Pflege abzubauen und seinem Anspruch auf eine „Gesundheitsstadt mit internationaler Geltung“ tatsächlich gerecht zu werden.

Die DV fordert insbesondere Ärztinnen und Ärzte in politischer Verantwortung auf Bundes- und Landesebene auf, ihren Einfluss ebenfalls geltend zu machen.

Die DV fordert die Beschäftigten in den Kliniken auf, auch mit Hilfe der bestehenden Fehlerlernsysteme (CIRS-Berlin), Engpässe in der Patientenversorgung mit Gefährdung der Patientensicherheit zu melden und Möglichkeiten zur Abhilfe zu suchen.

Darüber hinaus beschäftigten sich die Delegierten im Nachgang mit dem 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt am Main (s. Heft 7/2015). Dazu hatten sie eine Übersicht aller Anträge mit Berliner Beteiligung vorliegen. Die Bilanz: 29 Anträge und 1 Änderungsantrag wurden auf dem Ärztetag angenommen, 1 Antrag und 2 Änderungsanträge wurden abgelehnt, mit 4 Anträgen wurde sich nicht befasst. Insgesamt 29 Anträge wurden an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Kammerpräsident Jonitz lobte die gute Berliner Beteiligung.

Gleichwohl gab es von den Teilnehmern des Ärztetages auch Kritik, in deren Zentrum der Umgang mit der Antragsflut insbesondere unter dem Tagesordnungspunkt VI (Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer) stand. Heinrich-Daniel Rühmkorf (Fraktion Gesundheit) kritisierte, dass es in der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages keine Regularien gebe, „wie man Dinge bündeln und zusammenfassen kann. Das ist etwas, was den Ärztetag lähmt. Mehr Anträge sind nicht automatisch besser für die Außenwahrnehmung.“ Werner Wyrwich (Marburger Bund) erklärte dazu: „Da kann ich zum Teil mitgehen. Es würde aber der Kreativität des Ärzte-

tages viel nehmen, wenn man eine starre Struktur einführen würde.“ Kammerpräsident Jonitz erinnerte an seinen bislang ungehörten Vorschlag, den Deutschen Ärztetag in der jetzigen Form nur alle zwei Jahre stattfinden zu lassen und dazwischen einen „Arbeits-Ärztetag“ einzuführen. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) erklärte, sie finde es traurig, dass der Ärztetag in der Öffentlichkeit nicht mehr wirklich wahrgenommen werde und lieferte auch gleich einen Grund dafür: „Wir betreiben zu viel Nabelschau.“ Klaus Thierse (Marburger Bund) bemängelte, dass es beim diesjährigen Ärztetag ein deutliches Missverhältnis zwischen Referaten und Diskussion gegeben habe. Aus seiner Sicht sollte sich auf einige wichtige Referate beschränkt werden, um mehr Raum für die Diskussionen der Delegierten zu lassen.

### Prüfer für die Fachsprachprüfungen gewählt

Im Anschluss wählten die Delegierten einstimmig 26 vorgeschlagene Prüferinnen und Prüfer für die Durchführung der Fachsprachprüfungen. Diese Aufgabe war der Kammer zum 1. Juli übertragen worden (s. auch Heft 6/2015). Zudem wurden 5 Personen in den so genannten Fach-

sprachausschuss gewählt. Zur Durchführung der Prüfungen ist es notwendig, Prüferinnen und Prüfer zu benennen, die diese Prüfungen abnehmen. Unter Berücksichtigung der Mindestanforderungen des Eckpunkteapiers der Gesundheitsministerkonferenz ist vorgesehen, die Prüfungsausschüsse mit jeweils zwei gewählten Prüfern zu besetzen, von denen mindestens einer Ärztin oder Arzt sein muss. Bei den Prüfern handelt es sich sowohl um Ärzte als auch um Sprachwissenschaftler. Der Fachsprachausschuss wiederum besteht aus Personen, die zur Wahl als Prüfer vorgeschlagen waren. Aufgabe des Ausschusses ist es, die Prüfungen inhaltlich zu konzipieren und zu evaluieren sowie Prüfungsfälle auszuarbeiten.

Danach wurden noch Alexander Kern-Ehrlich und Albert Diefenbacher als weitere Mitglieder in den Weiterbildungsausschuss VI gewählt.

Außerdem verabschiedeten die Delegierten den Tätigkeitsbericht 2014 der Ärztekammer Berlin einstimmig.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet voraussichtlich am **23.09.2015** um 20.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin statt.

## Junge Ärzte gründen interdisziplinäres Bündnis

**Die tiefgreifenden Veränderungen, die in den letzten Jahren und Jahrzehnten im deutschen Gesundheitssystem stattgefunden haben und stattfinden, werden auch von jüngeren Ärztinnen und Ärzten sehr kritisch wahrgenommen. Insbesondere die zunehmende Arbeitsverdichtung und deren bedenklichen Auswirkungen auf die Patientenversorgung, die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit und die ärztliche Weiterbildung erfüllt junge Ärztinnen und Ärzte mit einer zunehmenden Sorge um die Zukunft der Versorgungsqualität und die Aufrechterhaltung einer menschenwürdigen Medizin in den deutschen Kliniken.**

Von Hannah Arnold

Um diesen Entwicklungen entgegen zu treten, haben sich Ende 2013 die Sprecher der jungen Gruppen innerhalb der großen Berufsverbände und Fachgesellschaften zusammengefunden, um ge-

meinsam das Bündnis JUNGE ÄRZTE (BJÄ) zu gründen.

Ziel dieses interdisziplinären Forums, welches inzwischen die Vertreter der Junggruppen von 16 großen Berufsverbänden

und Fachgesellschaften vereinigt, ist es, der jungen Medizin in Deutschland eine Stimme zu geben und den Belangen der kommenden Generation in der Öffentlichkeit, aber auch innerhalb der Kammern und Gremien der Berufspolitik und ärztlichen Selbstverwaltung Gehör zu verschaffen.

Das BJÄ verfolgt dabei eine klare Vision – die jungen Ärztinnen und Ärzte wünschen sich ein nachhaltiges Gesundheitssystem, in dem Patienten sowohl eine hochklassige medizinische Versorgung als auch menschliche Zuwendung erfahren, und in dem Pflegepersonal und Ärzte gemeinsam trotz aller ökonomischen Zwänge unter angemessenen Arbeitsbedingungen arbeiten können.

Neben den bereits oben genannten Punkten werden insbesondere die Beeinträch-

tigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses sowie die Marginalisierung von Forschung und Weiterbildung unter zunehmenden ökonomischen Zwängen vom BJÄ angesprochen. Eine weitere Aufgabe sieht das BJÄ in der Thematisierung der Defizite bei der Etablierung von Arbeitszeitmodellen und Rahmenbedingungen, die dem demografischen Wandel auch innerhalb der Ärzteschaft Genüge tun.

Um sich mit diesen Themenkomplexen öffentlich auseinanderzusetzen, hat das Bündnis JUNGE ÄRZTE am 20. April in Berlin gemeinsam mit dem Marburger Bund, der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (BVMD) und der Jungen Allgemeinmedizin Deutschlands (JADE) das erste „Symposium der jungen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands“ ausgerichtet.

Unter dem Titel „Deutschland wird älter – Was tun, damit die Ärzte nicht ausgehen“ wurden während der Sitzung im Langenbeck-Virchow-Haus Vorträge zu den Kernthemen wie Arbeitsverdichtung, Familie und Beruf sowie den Rahmenbedingungen für wissenschaftliches Arbeiten gehalten und gemeinsam diskutiert. Die Vertreter der Medizinstudierenden formulierten ferner Wünsche für ihre zukünftige ärztliche Tätigkeit.

Am Ende des Symposiums wurden die Kernaussagen in Form der „Berliner Thesen der jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland“ von den Teilnehmern gemeinsam verabschiedet (s. Kasten).

Die Hoffnung der jungen Ärztinnen und Ärzte ist es, dass mit diesem Symposium ein Impuls ausgelöst wurde für eine junge Diskussion auch in den Körperschaften. Als expliziter Wunsch wurde geäußert, dass jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich in den Kammern, Gremien, Ausschüssen und Kommissionen stärker zu beteiligen und die eigenen Interessen vertreten zu können.

Ein wichtiges Etappenziel sieht das Bündnis in der Fortsetzung der Tagung in Form eines ständigen Symposiums, in dem junge Ärzte zumindest einmal im Jahr Gelegenheit haben, über ihre Belange zu berichten und bei den Entscheidungsträgern im Gesundheitssystem Gehör finden. Eine große Hoffnung setzen die jungen Kolleginnen und Kollegen darauf, dass dieser Gedanke von den Kammern aufgegriffen werden wird und sie auf dem Ärztetag 2016 über ihre Anliegen berichten können.

Dr. med. Hannah Arnold  
Mitglied der Delegiertenversammlung  
der Ärztekammer Berlin

## Mitglieder des Bündnis JUNGE ÄRZTE sind:

*Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC), Berufsverband Deutscher Internisten e.V. (BDI), Berufsverband Deutscher Pathologen e.V. (BDP), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e.V. (BVA), Berufsverband der Deutschen Dermatologen e.V. (BVDD), Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM), Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie e.V. (DGNC), Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO), Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG), German Society of Residents in Urology (GesRU), Berufsverband Deutscher Pathologen e.V.*

## Die Berliner Thesen der jungen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wissen, dass ohne hochwertige Ausbildung von Studierenden zu jungen Medizinerinnen und ohne hochwertige Weiterbildung von jungen Medizinerinnen zu FachärztInnen, Spitzenmedizin unmöglich ist.**

Daher setzen wir uns für eine Förderung von Aus- und Weiterbildung ein und fordern alle auf, uns hierbei zu unterstützen.

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland lieben es, Arzt/in zu sein und ärztlich zu arbeiten.**

Diese Leidenschaft und Faszination für unseren Beruf möchten wir uns erhalten und aktiv für die Zukunft sichern, um auch unsere Nachfolgenerationen für den Arztberuf zu begeistern und zu motivieren.

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen die „Klinik der Zukunft“ aktiv mit gestalten.**

Hierzu werden wir bei der Erarbeitung von differenzierten Karrierekonzepten für verschiedene Lebensmodelle (Klinik/Familie/Wissenschaft/Praxis) tatkräftig mitwirken.

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen ihre Ideen und Visionen berufspolitisch aktiv bei Kammern, Verbänden und Fachgesellschaften vertreten.**

Hierfür werden wir uns verstärkt berufspolitisch einmischen.

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland wollen forschen und wissenschaftlich aktiv sein, um die Medizin und die Therapien von morgen mitbestimmen zu können und dadurch unsere Patienten besser behandeln zu können.**

**Junge Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, wollen während der Arbeitszeit mehr für die Patienten und weniger für die Bürokratie da sein.**

Aktiv am und für unsere Patienten.

# BMJ verlangt bei allen Studien Datenoffenlegung auf Anfrage\*

Nach Aufrufen des US-amerikanischen Institute of Medicine, der WHO und der Nordic Trial Alliance weiten wir unsere Richtlinien aus

**Elizabeth Loder** Acting Head of Research, **Trish Groves** Deputy Editor und Editor in Chief, BMJ Open

Korrespondenz: E. Loder; [eloder@bmj.com](mailto:eloder@bmj.com)

Die Initiative, Daten aus klinischen Studien weithin verfügbar zu machen, war äußerst erfolgreich, und nun ist es an den medizinischen Fachzeitschriften, ihren Teil dazu beizutragen. Ab dem 1. Juli weitet das BMJ seine Anforderung zur Offenlegung von Daten auf alle eingereichten klinischen Studien aus, und zwar nicht nur solche, in denen Arzneimittel oder Medizinprodukte geprüft werden.<sup>1</sup> Die Datentransparenzrevolution nimmt immer weiter Fahrt auf.<sup>2</sup> Im vergangenen Monat [Anm. d. Übers.: Artikel erschien ursprünglich am 7. Mai 2015] veröffentlichten die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Nordic Trial Alliance wichtige Erklärungen zur Transparenz bei klinischen Studien.<sup>3,4</sup>

Diese Ankündigungen folgen direkt auf einen Bericht des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) über die Offenlegung der Daten aus klinischen Studien, in dem ein Wandel der herrschenden wissenschaftlichen Kultur dahingehend gefordert wurde, dass „die Offenlegung der Daten die erwartete Norm ist“.<sup>5</sup> Auch die Bemühungen der Industrie, von denen einige Bemühungen viele Beobachter überraschten, müssen honoriert werden. Hier stechen insbesondere die Kooperation von Medtronic mit dem Open-Data-Projekt der Universität Yale sowie die Vorreiterrolle von GlaxoSmithKline in Bezug auf die Offenlegung von Daten hervor.<sup>6,7</sup>

Die Erklärung der WHO zur öffentlichen Bekanntmachung der Ergebnisse klinischer Studien sowie die zugehörige Begründung unterstreichen, dass die Organisation eine Registrierung von klinischen Studien befürwortet.<sup>8</sup> Die WHO fordert, dass die Hauptergebnisse klinischer Studien innerhalb eines Jahres nach Studienabschluss in einem entsprechenden Register oder auf einer anderen akzeptablen Website veröffentlicht und bei einem Fachjournal eingereicht werden sollen. Man verspricht sich davon, dass Ergebnisse „spätestens 24 Monate nach Abschluss öffentlich zugänglich gemacht werden“. In der Erklärung wird keine obligatorische Offenlegung der Primärdaten aus Studien gefordert, sondern die Weitergabe von Forschungsdatensätzen „in angemessenen Fällen [...] befürwortet“.

In einem Schritt, der insbesondere von Ben Goldacre, dem Mitbegründer der AllTrials-Kampagne<sup>2</sup>, begrüßt wird, empfiehlt die WHO zudem die Offenlegung von bereits durchgeführten, jedoch nicht veröffentlichten klinischen Studien in einem durchsuchbaren, offenen Register und bezeichnet es als „wünschenswert“, dass diese Studien in einer Fachzeitschrift mit Begutachtung publiziert werden. Goldacre weist auf die Wichtigkeit dieser Maßnahme hin, da „die überwältigende Mehrheit der heutigen Verordnungen Medikamente betrifft, die nicht in den letzten fünf Jahren, sondern in den vergangenen Jahrzehnten auf den Markt gekommen sind – und daher auch in diesem Zeitraum geprüft wurden“.<sup>9</sup>

Der Bericht der Nordic Trial Alliance geht noch weiter und ist deutlich visionärer als die WHO-Erklärung. Seine Autoren erklären es zu ihrem Ziel, „die klinische Forschung in den nordischen Ländern zur verlässlichsten klinischen Forschung der Welt zu machen“. Sie umreißen den derzeitigen Stand der Datentransparenz in den verschiedenen nordischen Ländern und beschreiben dann ausführlich, was sich ändern muss. Hierzu zählt unter anderem „das öffentliche Hochladen der [...] einzelnen Teilnehmerdaten“ nach Veröffentlichung des Berichts über die klinische Studie. Die Allianz schlägt einen „nordischen Transparenzrat“ vor, der als „zentrale, vertrauenswürdige öffentliche Stelle“ fungieren soll, die die Speicherung und Verbreitung von Studiendaten beaufsichtigt.

Des Weiteren ruft die Allianz verschiedene öffentliche, private und akademische Einrichtungen dazu auf, „klare Gesetze, Regelungen und Richtlinien zu formulieren“. Aus diesen Regelungen „muss hervorgehen, dass ein Mangel an Transparenz und die Nichtregistrierung von Studien schwere Vergehen sind und etwaige Versuche, Teilnehmerdaten [...] Personen zuzuordnen, einen Gesetzesverstoß darstellen, der schwere Konsequenzen nach sich zieht“.<sup>4</sup>

\* The BMJ, London, Großbritannien

## Ausweitung der Offenlegungsrichtlinien des BMJ auf alle klinischen Studien

Das BMJ zählte zu den ersten medizinischen Fachzeitschriften, die die Offenlegung der individuellen Patientendaten bei Arzneimittel- und Medizinproduktstudien verlangten. Diese Richtlinien gelten seit Januar 2013 und sehen vor, dass solche Studien nur zur Veröffentlichung in Betracht gezogen werden, wenn die Autoren einwilligen, die relevanten anonymisierten Patientendaten auf Anfrage und bei entsprechender Begründung zur Verfügung zu stellen.<sup>10</sup> Wir freuen uns sehr, dass bis dato alle Autoren zugestimmt haben und wir keine einzige Arbeit aufgrund dieser Regelung ablehnen mussten. Das Dryad-Datenrepositorium ist eine Option für Autoren, die nach einer Möglichkeit suchen, ihre offenen, anonymisierten Datensätze zu speichern.<sup>11</sup>

Ursprünglich galten unsere Datenoffenlegungsrichtlinien vor allem für Arzneimittel- und Medizinproduktstudien, da es bei diesen zahlreiche aufsehenerregende, schwere Anschuldigungen hinsichtlich der Nichtveröffentlichung oder selektiven Veröffentlichung entsprechender Studienergebnisse gab.<sup>12,13</sup> Wie Erfahrungen und Belege zunehmend zeigen, betrifft dieses Problem aber nicht nur die Industrie, sondern auch Studien im Auftrag von Hochschulen und der öffentlichen Hand<sup>14</sup> Zudem hat die strengere Regulierung von Arzneimitteln und Medizinprodukten zu einer rasanten Zunahme des kommerziellen Interesses an weniger streng regulierten „Apps“ und anderen nichtpharmakologischen Therapien geführt.<sup>15</sup> Es gibt wenig Argumente dafür, solche Studien von der Offenlegung auszunehmen.

Das Horten von Daten und das Beschränken des Zugriffs auf diese stehen im Widerspruch zum Bild der Data-Sharing-Gesellschaft, das der IOM-Bericht entwirft. Indem anonymisierte Patientendaten aus klinischen Studien einer unabhängigen Prüfung zugänglich gemacht werden, können andere Forscher wichtige Analysen replizieren, es sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Studien unnötigerweise mehrfach durchgeführt werden und die in Studien erhobenen Daten bringen einen maximalen Nutzen – eine wichtige moralische Verpflichtung gegenüber den Studienteilnehmern. Zunächst einmal müssen Zeit und Geld investiert werden, um die Studiendaten für die Offenlegung vorzubereiten, danach jedoch sind die weiteren Kosten gering. Vielmehr nimmt der Nutzen der Daten mit jeder Verwendung zu.

*Interessenkonflikte: Die Autoren haben die BMJ-Richtlinien zur Erklärung von Interessenkonflikten zur Kenntnis genommen und erklären, dass das BMJ Mitbegründer der AllTrials-Kampagne ist.*

*Herkunfts- und Begutachtungsangaben: beauftragt; keine externe Begutachtung.*

- .....
- 1 Godlee F, Groves T. The new BMJ policy on sharing data from drug and device trials. *BMJ* 2012;345:e7888.
  - 2 AllTrials. Latest campaign updates. 2015. [www.alltrials.net/news/](http://www.alltrials.net/news/).
  - 3 WHO statement on public disclosure of clinical trial results. 2015. [www.who.int/ictrp/results/WHO\\_Statement\\_results\\_reporting\\_clinical\\_trials.pdf?ua=1](http://www.who.int/ictrp/results/WHO_Statement_results_reporting_clinical_trials.pdf?ua=1).
  - 4 Nordic Trial Alliance Working Group. Report on transparency and registration in clinical research in the Nordic Countries. 2015.
  - 5 Institute of Medicine. Sharing clinical trial data: maximizing benefits, minimizing risks. Letzter Zugriff: 17. April. <http://www.iom.edu/Reports/2015/Sharing-Clinical-Trial-Data.aspx>.
  - 6 Yale University Open Data project. <http://yoda.yale.edu/>.
  - 7 GSK clinical study data request site. [www.clinicalstudydatarequest.com/](http://www.clinicalstudydatarequest.com/).
  - 8 Moorthy VS, Karam G, Vannice KS, Kienny M-P. Rationale for WHO's new position calling for prompt reporting and public disclosure of interventional clinical trial results. *PLoS Med* 2015;12:e1001819.
  - 9 Goldacre B. How to get all trials reported: audit, better data, and individual accountability. *PLoS Med* 2015;12:e1001821.
  - 10 The BMJ's policy on drugs and devices trials. 2015. [www.bmj.com/about-bmj/resources/authors/article-types/research](http://www.bmj.com/about-bmj/resources/authors/article-types/research).
  - 11 Khan K, Weeks AD. Example of retrospective dataset publication through Dryad. *BMJ* 2015;350:h1788.
  - 12 Vedula SS, Bero L, Scherer R. Outcome reporting in industry sponsored trials of gabapentin for off-label use. *N Engl J Med* 2009;361:1963–71.
  - 13 Jones CW, Handler L, Crowell KE, Keil LG, Weaver MA, Platts-Mills TF. Non-publication of large randomized clinical trials: cross sectional analysis. *BMJ* 2013;347:f6104.
  - 14 Anderson ML, Chiswell K, Peterson ED, Tasneem A, Topping J, Califf RM. Compliance with results reporting at ClinicalTrials.gov. *N Engl J Med* 2015;372:1031–9.
  - 15 Husain I, Spence D. Can healthy people benefit from health apps? *BMJ* 2015;350:h1887.

*Zu zitieren als: BMJ 2015;350:h2373*

© BMJ Publishing Group Ltd 2015

# Verstehen Sie Neusprech?

„Modulare Selbstintegration“, „Kursiver Mehrzweckoptimismus“, „Iterativer Wachservice“

## Ein Glossar zum Thema: Prävention

An „Bedarfe“ und „Nachhaltigkeit“ haben wir uns inzwischen ja gewöhnt. Aber geht es Ihnen nicht auch so, dass Sie sich bei Beiträgen in der Tageszeitung oder in anderen Medien fragen: Worüber wird hier eigentlich gesprochen? Manchmal ist es für Kolleginnen und Kollegen nicht einfach, Beiträgen zum aktuellen Thema der Gesundheitsförderung und Prävention zu folgen, da sie sich häufig einer Sprache bedienen, die soziologisch geprägt ist. Daher ist es mir ein Anliegen, kurz ein Glossar zu den am häufigsten benutzten Begriffen zu geben, damit keine approbierte Ärztin oder approbierter Arzt davon abgeschreckt wird, inhaltlich seine Expertise in die Diskussion und Umsetzung des Präventionsgesetzes einzubringen.

Dazu gehört zum einen der Begriff der **Gesundheitsförderung**: Es handelt sich darum, die vorhandenen Gesundheitsressourcen und Fähigkeiten der Patienten zu identifizieren, mögliche Risikofaktoren einzuschätzen und das gewonnene Wissen dann konstruktiv in die jeweilige Behandlung zu integrieren.

Es wird aber die Gesundheitsförderung von der **Prävention** unterschieden. Letztere ist eher krankheitsorientiert und agiert so, dass Maßnahmen erfasst werden, mit denen Bevölkerungsgruppen mit erhöhten Risiken auf Grund ihres Berufes, Alters oder Geschlechts geschützt werden sollen. Medizinische Maßnahmen reichen dabei von der Impfung über Früherkennungsuntersuchungen bis zur Rehabilitation mit dem Ziel, Krankheiten oder Krankheitsfolgen früh zu erkennen und/oder zu behandeln. Sie wird bekanntermaßen unterteilt in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

„Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“: Was ist das?

**Verhaltensprävention**: Sie hat zum Ziel, potentiell schädliche Verhaltensmuster des Einzelnen zu verändern und appelliert dabei an die Vernunft unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger. Sie findet klassischerweise im Sprechzimmer oder im Krankenhaus am Krankenbett statt.

**Verhältnisprävention**: Hier geht es um die Rahmenbedingungen, in denen wir leben. Eine Intervention findet statt über

gesetzgeberische Maßnahmen (Hygiene-gesetz, Strahlenschutzgesetz, Arbeitsschutzgesetz, Verkehrsgesetz, Verbraucherschutzgesetz etc.) mit dem Ziel, Risiken zu minimieren.

**Setting-Ansatz**: Eine Zielgruppe wird in ihrem sozialen Zusammenhang angesprochen, im Quartier, in der Kommune, im Stadtteil oder aber sie wird als Gruppe angesprochen, die sich in der gleichen Situation befindet (Kinder, Rentnerinnen/ Rentner) oder als Gruppe, die gleiche Werte teilt (religiöse oder politische Weltanschauungen). Den Settingansatz wählen Ärztinnen und Ärzte, die engagiert „nach draußen gehen“, um den Einzelnen in seiner gewohnten Umgebung abzuholen.

Es sollte nicht vergessen werden, dass es zu Gesundheit und Krankheit zahlreiche Definitionen, Theorien und Modelle gibt, die ganze Studiengänge beschäftigen und bei denen es darauf ankommt, welches Menschenbild ihnen jeweils zu Grunde liegt. Das sollte bei all der Diskussion niemals vergessen werden. Fragen Sie immer: Welches Menschenbild haben Sie und was leiten Sie daraus ab. Gerade bei evidence-based-medicine-Ansätzen werden Ergebnisse hinterfragt frei nach dem Motto: Nicht alles, was nicht signifikant ist, ist auch relevant.

Für die Umsetzung des Präventionsgesetzes gilt letztendlich – wie im übrigen für die gesamte Medizin: Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, Verantwortung zu

übernehmen und realistisch vorzugehen. Als Protagonisten des Gesetzes müssen wir uns dennoch vergegenwärtigen, dass wir trotz sich verbessernder Rahmenbedingungen nicht von Läuterungsfantasien bei der Bevölkerung ausgehen dürfen, sondern in dem Bewusstsein handeln, dass die Umsetzung des Präventionsgesetzes eine harte Arbeit an vielen Fronten darstellt: Der Mensch verhält sich nicht rational, er ist ein Gewohnheitstier.

Und trotzdem, oder gerade deshalb: Gewollt und ungewollt setzen Ärztinnen und Ärzte gesellschaftspolitische Signale; auch in diesem Bereich können sie Organisationsformen mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Instrumentarium fördern. Sie sind vor allem Partner der Patienten, und zwar von der Präkonzeptionellen und intrauterinen Phase bis zu den Hochbetagten und verstehen sich in diesem Zusammenhang weniger als Controller; sie fordern und fördern den Sachverstand, nicht jedoch jedwede Art von Selbstoptimierung; das würde vom Gegenüber nicht akzeptiert werden, auch wenn manche Konzeptvorlage von solchen Vorstellungen ausgeht.

Auch an einen anderen Kontext darf ich an Prävention erinnern: Die Bundesrepublik Deutschland wurde einst so konstituiert, dass wirtschaftlich und sozial ein Ausgleich zwischen Gewinnstreben und Wohlergehen der Bevölkerung festgeschrieben wurde. Dieses hohe Gut haben wir durch die soziale Marktwirtschaft umgesetzt. Dies ist schwierig und erfordert den aufreibenden Dialog der Zivilgesellschaft. Wir alle müssen uns dafür einsetzen, dass diese Prämissen auch in einem vereinten Europa weiterhin Gültigkeit besitzen.

Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten  
Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin,  
Liste Hartmannbund, Präventionsbeauftragter

Für diejenigen, die noch tiefer in die Materie einsteigen wollen, verweisen wir auf folgende Fortbildung: *Strukturierte curriculare Fortbildung „Gesundheitsförderung und Prävention“*. Präsenztage 20.11.2015 und 18.12.2015  
Weitere Informationen dazu finden Sie auf Seite 24 in diesem Heft.

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

## Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2015\*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Maike Achenbach	FA Innere Medizin	20.05.15
Akhlass Algwall	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.06.15
Lisa Amelung	FA Anästhesiologie	26.05.15
Elena Valentinovna Arefi	FA Allgemeinmedizin	02.06.15
Susanne Arendt	FA Innere Medizin	20.05.15
Kyra-Maria Arndt	FA Innere Medizin	17.06.15
Martin Bartsch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.15
Dr. med. Frank Beekmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	03.06.15
Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bendels	FA Neurologie	21.05.15
Dr. med. Steffen Benik	FA Neurologie	16.06.15
Dr. med. Michael Benzke	FA Innere Medizin	03.06.15
Marta Berger	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.05.15
Dr. med. Sascha-Alexander Böhme-Sonnenschein	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.15
Dr. med. Julia Böhmer	FA Neurologie	16.06.15
Dr. med. Miriam Bolay	FA Innere Medizin	13.05.15
Nadja Borisow	FA Neurologie	19.05.15
Vanessa Brandt-Drescher	FA Anästhesiologie	22.06.15
Dr. med. Anna Brecht	FA Innere Medizin und Kardiologie	20.05.15
Dr. med. Juliane Dammenhayn	FA Allgemeinmedizin	12.05.15
Flavia Deutscher	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	29.06.15
Dr. med. Ayhan Dogan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Dr. med. Anne Linde Kruttschnitt	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	26.05.15
Dr. med. Christoph Drenckhahn	FA Neurologie	21.05.15
Dr. med. Julian Drevs	FA Innere Medizin	20.05.15
Dr. med. Martin Dreyer	FA Allgemeinmedizin	02.06.15
Dr. med. Alexander Dyck	FA Innere Medizin und Kardiologie	20.05.15
Dr. med. Lars Eberhardt	FA Anästhesiologie	22.06.15
Dr. med. Christoph Eichhorn	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.05.15
Ahmos El Dsoki	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.06.15
Dr. med. Sabrina Engelmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Christian Eulufi	FA Augenheilkunde	24.06.15
Heribert Fischer	FA Innere Medizin und Geriatrie	10.06.15
Dr. med. Susanne Fischer	FA Radiologie	27.05.15
Beate Friebe	FA Innere Medizin	03.06.15
Dr. med. Thore Geert Gamer	FA Innere Medizin und Nephrologie	03.06.15

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Ana Micaela Garcia	FA Neurologie	19.05.15
Gwendolin-Claudine Geißler	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.05.15
Maria Gemenetzi	FA Neurologie	30.06.15
Carola Georgi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.05.15
Dr. med. Anton Wolfgang Goldmann	FA Anästhesiologie	22.06.15
Dr. med. Christian Grabow	FA Allgemeinmedizin	30.06.15
Dr. med. univ. Magdalena Habeck	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.05.15
Dr. med. Laura Hagemann	FA Anästhesiologie	25.06.15
Juliane Hartmann	FA Allgemeinmedizin	30.06.15
Dr. med. Astrid Heimann	FA Kinderchirurgie	16.06.15
Jana Heinze	FA Kinder- und Jugendmedizin	10.06.15
Annabell Hijazi	FA Anästhesiologie	22.06.15
Peter Hopp	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Thomas Hucko	FA Innere Medizin	13.05.15
Dr. med. Sandra Itzel	FA Innere Medizin	20.05.15
Dr. med. Galip Karaali	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.06.15
Dr. med. Julia Kase	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	06.05.15
Dr. med. Nadine Koch	FA Innere Medizin	03.06.15
Dr. Georgios Kokolakis	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.05.15
Alexander Kowski	FA Neurologie	19.05.15
Dr. med. Peter Kramer	FA Kinder- und Jugendmedizin	27.05.15
Dr. med. Annika Krickhahn	FA Kinderchirurgie	16.06.15
Dr. med. Marc Krüger	FA Allgemeinmedizin	30.06.15
Dr. med. Matthias Kruse	FA Klinische Pharmakologie	25.06.15
Dr. med. Alexander Kühl	FA Innere Medizin und Kardiologie	17.06.15
Dr. med. Anne Kuhn	FA Innere Medizin	20.05.15
Dr. med. Hans Peter Kuhne	FA Gefäßchirurgie	19.05.15
Dr. med. Sönke Labza	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Gernot Lienert	FA Öffentliches Gesundheitswesen	03.06.15
Dr. med. Peter Lodemann	FA Laboratoriumsmedizin	20.05.15
Dr. med. Carmen Ly	FA Allgemeine Chirurgie	19.05.15
Ulrike Susanne Maier	FA Innere Medizin	17.06.15
Markus Mailahn	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	20.05.15
Dr. med. univ. Thomas Marte	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18.06.15

# P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Christopher Mast	FA Innere Medizin und Kardiologie	20.05.15
Sascha Mattutat	FA Allgemeinmedizin	12.05.15
Dr. med. Tanja Mehlitz-Matschulat	FA Neurologie	30.06.15
Dr. med. Tim Mieder	FA Gefäßchirurgie	19.05.15
Milan Milosevic	FA Kinderchirurgie	16.06.15
Dr. med. Nerida Mönter	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	17.06.15
Dr. med. Christian Mueller-Stahl	FA Radiologie	27.05.15
Dr. med. Christine Müller	FA Allgemeinmedizin	12.05.15
Dr. med. Heiko Müller	FA Neurologie	21.05.15
Stefan Müller	FA Innere Medizin und Kardiologie	03.06.15
Dr. med. Patrick Olivier Nagel	FA Innere Medizin	20.05.15
Hannah Naumann	FA Innere Medizin	20.05.15
Nicole Neveling	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	20.05.15
Dr. med. Danny Nobst	FA Anästhesiologie	26.05.15
Dr. med. Christina Nordine	FA Anästhesiologie	26.05.15
Dr. med. Lena Oevermann	FA Kinder- und Jugendmedizin	27.05.15
Matthias Paland	FA Innere Medizin	17.06.15
Krisos Panayi	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11.05.15
Dr. med. Berit Pfitzner	FA Pathologie	20.05.15
Dr. med. univ. Dominique Piber	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.05.15
Anneta Pistioli	FA Laboratoriumsmedizin	24.06.15
Dr. med. univ. Bogumil Pomierny	FA Augenheilkunde	24.06.15
Stephan Pöschko	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Dr. med. Barbara Prieto Pinilla	FA Neurologie	05.05.15
Dr. med. Nikola Rakowsky	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.05.15
Anne Reichenbach	FA Augenheilkunde	24.06.15
Dr. med. Hannes Rengshausen	FA Innere Medizin und Geriatrie	24.06.15
Abdullah Rhuma	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	06.05.15
Dr. med. Katja Roßbach	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.05.15
Kim Roth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.05.15
Jana Rutkowsky	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	06.05.15
Mouataz Salloum	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	29.06.15
Dr. med. Ghyslaine Maryse Sastre Ortegon	FA Innere Medizin	20.05.15
Dr. med. Michael Sauter	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	29.06.15
Dr. med. Gesine Schau	FA Innere Medizin	03.06.15
Dr. med. Andreas Schmidt- Schönberg	FA Arbeitsmedizin	26.05.15

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Alenka Scholz	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	17.06.15
Dr. med. Nils Schreiter	FA Radiologie	27.05.15
Marie-Cathérine Schumann	FA Anästhesiologie	25.06.15
Dr. med. Katharina Schwab	FA Kinderchirurgie	16.06.15
Eugen Schwabauer	FA Neurologie	02.06.15
Mirja Seidler	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	26.05.15
Dr. med. Doreen Sharav	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	13.05.15
Sebastian Stuedemann	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	11.05.15
Dr. med. Inna Stibane	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.06.15
Janina Tatsios	FA Augenheilkunde	24.06.15
Dr. med. Christina Thies	FA Innere Medizin und Nephrologie	03.06.15
Dr. med. Farzaneh Tolou- Zimmermann	FA Allgemeinmedizin	02.06.15
Dr. med. Hanno Tröger	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	20.05.15
Dr. med. Gültan Ülker	FA Neurochirurgie	10.06.15
Dr. med. Philipp von Roth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	26.05.15
Carolin Waldschmidt	FA Neurologie	02.06.15
Dr. med. Juliane Winning	FA Radiologie	03.06.15
Marc Kumaran Winslow	FA Anästhesiologie	26.05.15
Jens Witsch	FA Neurologie	05.05.15
Inge Wolynski	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	16.06.15
Dr. med. Dörte Worthmann	FA Neurologie	30.06.15
Dr. med. Hannah Wüstefeld	FA Innere Medizin	13.05.15
Dr. med. univ. Bilfer Yesilbas	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	17.06.15
Dr. med. Michael Zeh	FA Pathologie	20.05.15
Dr. med. Daniel Zickler	FA Innere Medizin und Nephrologie	03.06.15
Dr. med. Christian Ziegler	FA Innere Medizin	13.05.15
Dr. med. Dan Züllich	FA Kinder- und Jugendmedizin	27.05.15
Dr. med. Irina Zuschneid	FA Öffentliches Gesundheitswesen	03.06.15

\* 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 FÄ ist geschlechtsneutral zu verstehen, auf die Ergänzung des geschlechtsspezifischen Kürzels FÄ wurde verzichtet.

# Krankheit schläft nicht

## Unterwegs als Bereitschaftsarzt in Berlin

**R**ainer-Mathias Beck hat viele Berufe: Regisseur, Drehbuchautor, Schauspieldozent, er war aber auch als Bereitschaftsarzt von 1991 bis 2011 in Berlin tätig. Aus diesen 20 Jahren Erfahrungen und Erlebnissen nimmt er den Leser in 45 Kurzgeschichten mit, die er in Form eines Erlebnisberichts eines 24-Stunden-Bereitschaftsdienstes darstellt. Er verändert Namen und anonymisiert die Handlungen, aber diese Begebenheiten sind sein Erlebtes. So schreibt der Autor selbst in seinem Vorwort: „Die aufgezeichneten Episoden geben tiefe Einblicke in die Befindlichkeiten des Krankseins, des Altwerdens, des Sterbens. Sie zeigen die Verletzungen verschmähter Liebe und

nehmen den Leser mit zu Menschen, die in Parallelwelten leben.“

Da ist der sterbende alte Mann, dem Autor kommen Gedanken, was denn der Tod wäre: „Eine finale Ausschüttung von Endorphinen? ... weiß jemand es besser?“

Da sind die aufgeregten Angehörigen eines Mannes, der sein Kurzzeitgedächtnis verloren hat. Vermutlich ein Apoplex. Da ist die alte Dame, die den „Gestank des Tigers unter dem Sofa nicht ertragen kann“.

Da ist die Frau mit der Logorrhö, die den Bereitschaftsarzt zur Verzweiflung bringt.

Dieses Buch ist keine medizinische Abhandlung. Auch ergeben sich Fragen



Foto: Books on Demand GmbH

nach dem Danach, was wird aus dem Mann mit dem verlorenen Kurzzeitgedächtnis? Verliert die alte Dame ihre Halluzinationen? Aber der Bereitschaftsdienst lässt hierfür keine Zeit, denn schon ist der nächste Hausbesuch angesagt.

Das Buch unterhält in einer kurzweiligen Art und Weise über Facetten während eines Bereitschaftsdienstes – lesenswert.

Dr. med. Gabriela Stempor

## Was sonst noch passierte ...

### Streikbare Schwestern

**D**a haben also die Schwestern der Charité gestreikt und die Berliner Ärzte haben sich mit ihnen solidarisiert. So jedenfalls nimmt es Herr Max Mustermann wahr und fragt sich:

*Dürfen die det überhaupt. Sind schließlich keene Lokführer und ins Krankenhaus jeht man nich zu sein Verjnügen.*

Aber nicht nur Max Mustermann hatte Zweifel ob der Rechtmäßigkeit des Ausstandes, denn die Schwestern – genauer das Pflegepersonal des stationären Bereiches – wollten gar nicht mehr Geld. Sie wollten auch nicht weniger arbeiten. Sie wollten besser arbeiten dürfen, mehr Zeit für ihre Patienten haben, mehr Personal auf den Stationen. Für solche Festlegungen gibt es an und für sich Verordnungen mit Gesetzeskraft. Da ist festgelegt, auf wie viele Patienten eine Schwester kommt. Darum musste der Charitévorstand auch gleich mal bei Gericht nachfragen, ob solch ein Streik,

aus solchem Anlass, überhaupt erlaubt sei.

*Na det müssen die ja och, denkt Max Mustermann, weil se öffentlichtet Jeld ausgeben und so'n Streik kostet janz schön.*

Das Gericht fand, dass sie dürfen.

Und die Ärzte? Die Delegiertenversammlung der Berliner Ärztinnen und Ärzte, gleichsam das gewählte Ärzte-Parlament, solidarisierte sich mit den Streikenden.

*Einstimmig! Und Max Mustermann wundert sich: Wat'n nu? Die Schwestern tun nisch und die Dokters finden det jut?*

Nun wäre fällig, Herrn Mustermann zu erklären, dass die Personalverknappung in den Krankenhäusern letztlich der Einführung der DRG's geschuldet ist und dass schon vor 14 Jahren die gewählten Vertreter der Berliner Ärzte die Einführung der pauschalierten Vergütung abgelehnt haben, weil es sonst zu dem kommen würde, was wir jetzt haben: Zu wenig Personal.

In Europa liegt das beste Gesundheitswesen der Welt, das deutsche, hinsichtlich der Patientenzahl, die eine Schwester zu betreuen hat, an drittletzter Stelle. Dass trotzdem alles noch so gut funktioniert, hängt vielleicht damit zusammen, dass das Pflegepersonal in Deutschland besonders gut ausgebildet und besonders motiviert ist, aber es ist schon makaber, dass ein Streik unter der (nicht plakatierten) Losung „Salus aegroti suprema lex“ geführt wurde. Und außerdem müsste Herr Mustermann begrifflich gemacht werden, dass es zwischen Ärzten und Schwestern neben der fachlichen auch eine soziale Partnerschaft gibt, die wahrscheinlich aus der Zeit stammt, als beide Gruppen noch mit Weihrauch und Glüheisen geheilt haben. Heute sind wir ein bisschen stolz darauf, dass unsere Partner in der Pflege für die Qualität ihrer und damit auch unserer Tätigkeit auf die Barrikaden gingen. Da wird gesagt, dass sei ein politischer Streik. Einverstanden!

Wenn Qualität zur Politik wird, sind wir dabei.

Idm

# Was Johanna Schopenhauer und Astrid Lindgren gemeinsam haben

Der Platz vor dem Jüdischen Museum in Berlin heißt seit dem 11. September 2014 „Fromet-und-Moses-Mendelssohn-Platz“. Das Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg in Kooperation mit dem Jüdischen Museum veröffentlichte, dass „die Stadt Berlin mit der Einweihung des Platzes dem Philosophen der Aufklärung und Wegbereiter der Moderne und dessen Frau ein Denkmal“... setzt.

In Friedrichshain-Kreuzberg gilt seit 2005 die Satzung, wonach Straßen und Plätze bis zum Erreichen einer 50-Prozent-Quote nur mehr nach Frauen benannt werden dürfen; der LandesFrauenRat Berlin argumentiert: „Erst in jüngster Zeit hat sich ein Bewusstsein für die Leistungen von Frauen entwickelt,...“. Das Jüdische Museum hatte sich für die Benennung nach Moses Mendelssohn (1729-1786) eingesetzt, der freilich keine Frau war, wodurch sich die Bezirksverordneten-Versammlung gezwungen sah, dem Namen des intendierten Geehrten den seiner Ehefrau voranzustellen. Fromet Mendelssohn (1737–1812) hat die zehn gemeinsamen Kinder geboren und war ihm über 24 Jahre als Ehefrau verbunden, gewiss eine unverzichtbare Stütze für sein Leben und Werk, ein eigener kulturgeschichtlicher Beitrag von ihr ist indes nicht verbürgt.

Vor diesem Hintergrund hat es Gerhard Danzer wieder getan: Der Arzt und Philosoph, Charité-Professor und Chefarzt für Innere Medizin und Psychosomatik an den Ruppiner Kliniken hat „Beiträge zu einer weiblichen Kulturgeschichte“ vorgelegt. Sein letztes Werk dieser Art, die Anthropologie „Wer sind wir?“, erschien bereits 2011 (vgl. Dt. Ärzteblatt 2011,

Gerhard Danzer  
Europa, deine Frauen  
Beiträge zu einer weiblichen Kulturgeschichte  
2015, 367 S., 24 Abb., Hardcover 34,99 Euro  
ISBN 978-3-662-44231-9



Foto: Springer-Verlag GmbH

108(39), A-2035). Insgesamt stellt Danzer 24 Persönlichkeiten, ausschließlich Frauen, vor. Was hat sie dafür qualifiziert? An ihnen kann der Autor demonstrieren, „wie sehr sie sich als Individuen verstanden, die sich ebenso wie ihre männlichen Kollegen erfolgreich an den zwei wesentlichen Werkstücken des menschlichen Lebens versuchten: ihre eigene Person zu bilden sowie die sie umgebende soziale und kulturelle Welt sinn- und wertvoll zu gestalten.“

In bewährter Weise wird jede Frau vorgestellt, mit – in der Regel drei – Abschnitten: „Biographisches“, einer Werkanalyse sowie einer von Gerhard Danzer gezogenen „Conclusio“, untermauert mit einem reichhaltigen Literaturapparat. Dieses Raster sprengen die Künstlerinnen Therese Giese, Melina Mercouri, Pina Bausch und die als Politikerinnen vorgestellten Beatrice Webb und Rosa Luxemburg (4 Abschnitte Biographisches, aber keine Werkanalyse?!), während vier Dichterinnen und vier Pädagoginnen und Wissenschaftlerinnen sowie vier Philosophinnen genauso vorgestellt werden.

Gibt es sie überhaupt, die weibliche Kulturgeschichte? Diese Frage drängt sich derart auf, dass ihr der Autor bereits in der Einführung zu seinem Werk nicht ausweichen kann. Er beantwortet sie auch, indem er den wunderbaren Satz von François Poullain de La Barre (1647-1723) voranstellt „Der Geist hat kein Geschlecht“ und auflöst, dass es ebenso wenig eine weibliche Kulturgeschichte gibt, wie es eine männliche gibt, sondern allenfalls eine von Männern dominierte oder formulierte Historie und Kultur. Er lehnt diese Begriffe ab, er kritisiert ihre mangelnde Trennschärfe und hält sie für nicht hilfreich, sofern es um das Einordnen und Verstehen von individuellen Personen und Kulturphänomenen geht. Seine conclusio: Der gesamt-kulturelle Prozess ist kein weiblicher oder männlicher, weder ein afrikanischer noch ein europäischer oder asiatischer – er ist schlicht ein menschlicher. Wieviel weiser und klüger ist diese conclusio als der grobe Gender-Proporz der Kreuzberger Straßennamen-Satzung?

Entstanden ist ein spannender, unendlich gebildeter Band über Frauen mit kultureller Wirksamkeit, der nur schwer aus der Hand zu legen ist, weil immer noch eine Biographie, noch ein Werk oder noch eine Conclusio zum Weiterlesen einladen. Eine atemberaubende Widerlegung einer „weiblichen Kulturgeschichte“ anhand von zwei Dutzend Frauenporträts.

Jede dieser Frauen würde es im Übrigen verdienen, dass in Berlin oder andernorts eine Straße nach ihr benannt würde. Salonnière Rahel Varnhagen (1771-1833), die Danzer als 4. Persönlichkeit vorstellt, wäre dies um ein Haar widerfahren: Sie wurde von den Grünen in der Bezirksverordneten-Versammlung Kreuzberg als – weibliche – jüdische Namensgeberin alternativ zu Moses Mendelssohn für den Platz vor dem Jüdischen Museum vorgeschlagen, bis ermittelt wurde, dass sie sich 1814 hat christlich taufen lassen. Darauf entschied man sich für die eingangs wieder-gegebene Benennung des Platzes.

Prof. Eckart Frantz

# BERLINER ÄRZTE

8/2015 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.  
Dipl.-Medienwirtin (FH) Michaela Braun  
(Redaktionsassistentin)  
**Redaktionsbeirat:**  
PD Dr. med. Dietrich Banzer  
Dr. med. Regine Held  
Michael Janßen  
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau  
Dorothea Spring  
Julian Veelken  
Dr. med. Thomas Werner  
Dr. med. Roland Urban  
**Anschrift der Redaktion:**  
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199  
Titelgestaltung Sehstern

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

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

**Verlag:** 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