

BERLINER ÄRZTE

04/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal

DAUERBAUSTELLE KRANKENHAUS



Kapital verpflichtet

Nachhaltige Geldanlage in der Berliner Ärzteversorgung



Foto: K. Friedrich

Spätestens seit große Finanzinvestoren wie die „Allianz“ öffentlichkeitswirksam den Ausstieg aus Geldanlagen in fossile Energieträger verkünden, fragt sich auch manches Mitglied der Berliner Ärzteversorgung, ob seine Rente durch „nachhaltige“ Investments gesichert wird. Aber was heißt Nachhaltigkeit überhaupt?

Im frühen 18. Jahrhundert war Holz in Deutschland der wichtigste Energieträger und Baustoff. Die Folge: Ganze Landstriche wurden entwaldet und verödeten. Die sich verschärfende Holzknappheit gefährdete auch den Silberbergbau im Erzgebirge. Um dauerhaft ausreichende Holzmengen für den Betrieb der Schmelzöfen mit Holzkohle verfügbar zu machen, forderte der Oberberghauptmann Hans Carl von Carlowitz 1713 eine Waldbewirtschaftung, in der nur so viel Holz genutzt wird, wie nachwächst. Von Carlowitz gilt deshalb heute als Erfinder des Nachhaltigkeitsprinzips. Heute ist das Thema in aller Munde und der Begriff „Nachhaltigkeit“ wird schon fast so inflationär eingesetzt wie der Begriff „bio“ – so auch im Bereich der Geldanlage. Da es keine allgemeingültige Definition für „nachhaltiges Investment“ gibt, wird auch in diesem Bereich der Begriff Nachhaltigkeit oft eher als Feigenblatt genutzt, ohne dass ein konkreter Inhalt zu erkennen wäre. Wir versuchen seit Jahren, das besser zu machen.

Die Hauptaufgabe der Berliner Ärzteversorgung ist die langfristige Absicherung ihrer Mitglieder im Alter und bei Berufsunfähigkeit. Sie hat also in sich bereits einen nachhaltigen Ansatz, der Sicherheit vor Rendite stellt. Darüber hinaus sehen

Dr. med. Matthias Albrecht ist Vorsitzender des *Aufsichtsausschusses der Berliner Ärzteversorgung (BÄV)*.

wir als Ärzte aber auch eine gesellschaftliche Verantwortung, die wir bei der Anlage unseres Kapitals beachten müssen. Deshalb haben bereits 2006 die Gremien der Berliner Ärzteversorgung das magische Dreieck der Kapitalanlage – Rentabilität, Liquidität und Sicherheit – um den Begriff Nachhaltigkeit erweitert. Als erstes deutsches Versorgungswerk haben wir damals die Nachhaltigkeit, insbesondere unter Berücksichtigung ethischer, sozialer und ökologischer Standards in unsere Richtlinie für die Kapitalanlage aufgenommen und mit einem Partner in Form eines „Engagement Overlays“ für alle Aktienmandate umgesetzt. Die Berliner Ärzteversorgung erkannte, dass sie diese Ziele in Zukunft deutlich stärker gegenüber ihren Geschäftspartnern vertreten muss. Der aus dem Englischen kommende Begriff „Engagement“ steht dabei für den Ansatz, die Anstrengungen der Firmen für nachhaltiges Agieren zu fördern und zu fordern. Wir versuchen zu beeinflussen statt nur in „gut“ oder „schlecht“ zu unterscheiden. Spätestens in der Finanzmarktkrise 2009 wurde deutlich, wie wichtig dieser Ansatz ist. Die Interessenskonflikte von Anbietern auf der einen Seite und den Produkt-Nachfragern wie uns auf der anderen Seite zeigte sich hier auf eindrucksvolle Weise. Beispiele sind das auf kurzfristigen Erfolg ausgerichtete Handeln von Investmentbanken, das

u. a. auch das Entlohnungssystem seiner Leistungsträger prägt oder die ungleiche Risikoeinschätzung von Produktanbietern und Käufern.

Unser Engagement erfolgt seit 2006 auf Grundlage der Prinzipien für verantwortungsbewusstes Investment der UN (UNPRI). Diese basieren auf der Prämisse, dass institutionelle Investoren die Pflicht haben, im langfristigen Interesse ihrer Anleger zu agieren und sie daher in angemessener Weise beachten müssen, wie ökologische, soziale und ethische Kriterien die Rendite beeinflussen.

Mittlerweile hat der Verwaltungsausschuss der Berliner Ärzteversorgung das Vorgehen bei Kapitalanlagen weiterentwickelt und eine eigene Nachhaltigkeitsrichtlinie verabschiedet. Gemäß dieser Richtlinie werden bei allen Schritten der Kapitalanlage diese Kriterien berücksichtigt. Wenn dieser gestaltende Ansatz bei Einzelinvestments oder Beteiligungen allerdings nicht zum Ziel führt, dann wird auch investiertes Geld abgezogen. Dies hat zum Beispiel zum Ergebnis, dass auch die Berliner Ärzteversorgung ab Mitte 2016 keine Investments mehr in CO₂-intensive fossile Energiegewinnung haben wird. Und übrigens: Dass nachhaltiges Investment der Rendite nicht schadet, sehen Sie an den im Anbetracht der schwierigen Kapitalmarktlage mehr als erfreulichen Jahresergebnissen der Berliner Ärzteversorgung.

Das Präventionsgesetz – Die ärztliche Präventionsempfehlung –

*Ein Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin –
Wissen Sie, worum's geht?!*

Im Juli 2015 trat das „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention“ (Präventionsgesetz) in Kraft. Die neue gesetzliche Regelung sieht u.a. vor, dass Ärzte im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene (§ 25 Abs. 1 Satz 2 SGB V), der Gesundheitsuntersuchung für Kinder und Jugendliche (§ 26 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sowie der arbeitsmedizinischen Vorsorge oder einer sonstigen ärztlichen Untersuchung für den Versicherten eine Präventionsempfehlung ausstellen können. Die ärztliche Präventionsempfehlung soll den Patienten über Möglichkeiten und Hilfen zur Veränderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen informieren und auf Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen. Ärzte sollen einen Fokus darauf legen, individuelle Belastungen und Risikofaktoren für das Entstehen von Krankheiten in der Beratung und Behandlung von Patienten zu berücksichtigen. Patienten mit gesundheitsbezogenen Risiken sollen stärker als bisher zur Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten motiviert und das selbstbestimmte gesundheitsorientierte Handeln gefördert werden.

An diesen gesetzlichen Auftrag anknüpfend startete im Oktober 2015 die erste Fortbildung Gesundheitsförderung und Prävention der Ärztekammer Berlin. Grundlage für die Inhalte des Fortbildungsprogramms bildet das strukturierte Curriculum der Bundesärztekammer. An zwei Präsenztagen und in den begleitenden online gestützten Selbstlernphasen wurde eine Vielfalt an Themen abgebildet und ein breites Spektrum an Fachwissen angeboten. Die 21 Teilnehmer des ersten Durchgangs begrüßten es sehr, dass die Ärztekammer Berlin den Themenkomplex Gesundheitsförderung und Prävention mit einem Fortbildungsangebot aufgreift und die Möglichkeit zum interdisziplinären Erfahrungsaustausch mit engagierten Kollegen und Referenten bietet. Die Rückmeldungen der Teilnehmer spiegeln die gute und motivierende Stimmung an den Präsenztagen wieder und bestätigen den Präventionsbeauftragten der ÄKB als Organisatoren der Fortbildung eine absolut gelungene Auswahl an Referenten und betonten fundierte, informative und handlungsorientierte Vortragsinhalte, die in der täglichen Arbeit gut

umzusetzen sind. Der Besuch dieser Fortbildung wird mit gutem Gewissen weiterempfohlen!

Ab 09. Mai 2016 wird die strukturierte curriculare Fortbildung Gesundheitsförderung und Prävention nach dem Curriculum der Bundesärztekammer erneut angeboten. Um den Teilnehmern einen intensiven und konstruktiven Austausch zu ermöglichen ist die Teilnehmerzahl begrenzt. 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 (2 Präsenztage kombiniert mit Selbstlernmodulen) theoretische Inhalte zu Präventionskonzepten, protektiven Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Anforderungen an die ärztliche Beratung und zur Patientenmotivierung vermittelt, lösungsorientiert diskutiert und durch praktische Übungen vertieft. Die Teilnahme wird mit 33 Fortbildungspunkten anerkannt.

Weitere Informationen zur Fortbildung erhalten Sie auch auf Seite 25, auf der Homepage der Ärztekammer Berlin / Fortbildung oder direkt bei Frau Nehr Korn, Tel.: 030 / 408 06-12 11.



EDITORIAL.....

Kapital verpflichtet – Nachhaltige Geldanlage in der Berliner Ärzteversorgung
 Von Matthias Albrecht.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Die „Aleppo-Beule“ – ein Krankheitsbild aus Syrien
 Informationen aus dem Bundesinstitut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Berlin.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Delegierte bereiten außerordentlichen Deutschen Ärztetag auf
 Bericht von der Delegiertenversammlung am 17. Februar 2016
 Von Sascha Rudat.....21

Der elektronische Arztausweis (eA): Wer braucht ihn wann wofür?
 Was Sie wissen sollten!.....28

Ärztékammer Berlin führt Fachsprachprüfungen erfolgreich durch
 Von Catharina Döring-Wimberg.....30

Volle Transparenz beim Krebs-Screening
 BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....32

25 Jahre Perinatal- und Neonatalerhebung im wiedervereinigten Berlin:
 Entwicklungen, Ergebnisse und Perspektiven
 Von Matthias David, Martina Dombrowski und Martina Ziegert.....34

TITELTHEMA.....

Dauerbaustelle Krankenhaus

Jüngst in Kraft getreten, ist das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) mal wieder kein großer Wurf. Einen Überblick sowohl zu den Änderungen, als auch zu den unterschiedlichen Ansichten der Beteiligten lesen Sie hier.

Von Julia Frisch.....14



FORTBILDUNG.....

Das Präventionsgesetz – Die ärztliche Präventionsempfehlung
 Ein Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin – Wissen Sie, worum's geht?!.....4

CIRS – Der aktuelle Fall.....23

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

WEITERBILDUNG.....

Achtung – Auslaufen von Übergangsfristen.....27

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen Januar/Februar 2016.....36

Detlev Ganten zum 75.
 Von Harald Mau.....37

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2015 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen.....38

FEUILLETON.....

Was sonst noch passierte
 Von Harald Mau.....39

Satellitensymposium auf dem Deutschen Ärztetag

Anlässlich des diesjährigen 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg findet erstmals ein Satellitensymposium des Bündnis JUNGE ÄRZTE statt.

Am Nachmittag des 23.05.2016 haben junge Ärztinnen und Ärzte die Gelegenheit, mit prominenten Teilnehmern Konfliktfelder zu diskutieren und Missstände in der täglichen Arbeit und der Patientenversorgung zu definieren. Diskutiert werden die Themenkomplexe „Arztsein in Zeiten der Arbeitsverdichtung“, „Kind und Klinik – geht nicht gibt's nicht“ sowie „Forschung und Weiterbildung – Wie geht das zusammen?“.

Als Teilnehmer sind neben Kolleginnen und Kollegen aus dem Bündnis JUNGE ÄRZTE Vertreter der Bundesärztekammer, der deutschen Hochschulmedizin, einer gesetzlichen Krankenversicherung, des Deutschen Pflegerates und der Deutschen Forschungsgesellschaft geladen.

Mit dem Anliegen, auf Missstände aufmerksam zu machen und dabei die Stimmen aller ärztlichen Berufsgruppen zu bündeln, haben sich im November 2013 eine Vielzahl von Nachwuchsgruppen deutscher medizinischer Fachgesellschaften sowie Berufsverbände zum Bündnis JUNGE ÄRZTE zusammengeschlossen und in mehreren Positionspapieren Kritik an ausgewählten Konfliktfeldern formuliert, Lösungsmöglichkeiten diskutiert und Forderungen aufgestellt. So sind u.a. Positionspapiere zur zunehmenden Arbeitsverdichtung im Gesundheitssystem, zur Vereinbarkeit von Klinik und Forschung und von Familie und Beruf entstanden.

Weitere Informationen zum Bündnis sowie zum Symposium finden Interessierte im Internet unter: www.bjae.de.



In kürzester Zeit viel über Innere Medizin auf hohem Niveau

Nach einem erfolgreichen Auftakt im vergangenen Jahr findet der zweite McMaster International Review Course in Internal Medicine (MIRCIM) vom 6.-7. Mai 2016 im polnischen Krakau statt.

Auf dem Programm stehen zahlreiche Vorträge und Podiumsdiskussionen mit und von renommierten internationalen Experten unter anderem aus Kanada, Italien, Deutschland, Großbritannien und Polen. Dabei ist es das Ziel der Veranstalter, den Teilnehmern aktuelle Daten und praktisches evidenzbasiertes Wissen für den Berufsalltag leicht zugänglich zu präsentieren und Diskussionsgrundlagen zu schaffen, um sich beispielsweise über aktuelle Richtlinien auszutauschen.

Im vergangenen Jahr waren Teilnehmer aus 28 Ländern beim MIRCIM vertreten und über 85 Prozent sprachen sich für eine Fortsetzung des Seminars aus. „Keine Veranstaltung in Europa bietet in kürzerer Zeit mehr über Innere Medizin auf höherem Niveau für weniger Geld an einem schöneren Ort als MIRCIM“, bestätigt auch Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz die positive Einschätzung.

Organisiert wird das McMaster Seminar von der McMaster University, Kanada und eMPendium (Medycyna Praktyczna in Poland) in Zusammenarbeit mit der Jagiellonen-Universität, Polen.

Nähere Informationen zum Seminar 2. McMaster International Review Course in Internal Medicine und zur Anmeldung können Interessierte im Internet unter: www.mircim.eu abrufen.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Martin-Luther-Krankenhaus

Seit Anfang 2016 leitet PD Dr. med. Ole Goertz die Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie am Martin-Luther-Krankenhaus. Goertz ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Handchirurgie und hat u.a. an der Privaten Universität Witten/Herdecke, der Freien Universität Berlin, der University of Sheffield, England und der University of Sydney, Australien studiert. Zuletzt arbeitete er als Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie, BG-Universitätsklinikum Bergmannsheil der Ruhr-Universität Bochum.

Die Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Martin-Luther-Krankenhaus hat ebenfalls einen neuen Leiter: PD Dr. med. Jan-Peter Braun löste am 1. Februar 2016 PD Dr. med. Lutz Hannemann als neuen Chefarzt ab, der ab April in den Ruhestand geht. Braun arbeitete zuletzt als Chefarzt für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am HELIOS Klinikum Hildesheim. Seine Facharztausbildung absolvierte er am Elbeklinikum in Stade und der Charité Berlin, wo er auch habilitierte. Er war als Ärztlicher Direktor im Vorstand der Diakonissenanstalt in Flensburg und als Leitender Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité Berlin tätig. Nebenberuflich ist Braun Dozent für Hospital Management an der Universität Kiel. Zudem hat er federführend die Qualitätsindikatoren für die Intensivmedizin publiziert und maßgeblich zum Etablierung des Peer Reviews in Deutschland als Instrument der medizinischen Qualitätsverbesserung beigetragen.

Vivantes Klinikum Neukölln

Dr. Sven Kästner ist neuer Chefarzt der Gefäßchirurgie – vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie am Vivantes Klinikum Neukölln. Zu seinen Schwerpunkten gehören die endovaskuläre und offene Aorten-chirurgie sowie die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms. Seit 2008 war Kästner Oberarzt bei Vivantes, zuletzt als kommissarischer Leiter der Gefäßchirurgie. Er studierte in Berlin und arbeitete als Allgemeinchirurg in Kliniken in Berlin und Brandenburg. Zum Gefäßchirurgen qualifizierte Kästner sich an mehreren Gefäßzentren in Berlin.

Bereits zum 15. Februar wechselte PD Dr. Mario Müller als Chefarzt der Klinik für Chirurgie – Minimal Invasive Chirurgie und Viszeralchirurgie an das Vivantes Klinikum Neukölln. Er ist ein ausgewiesener Spezialist für onkologische Eingriffe des Bauchraums und war bislang an der Charité, Campus Benjamin Franklin, als leitender Oberarzt und stellvertretender Direktor der Klinik für Allgemein-, Thorax- und Gefäßchirurgie tätig. Müller studierte Medizin in Tübingen und den USA. Den Facharzt für Chirurgie absolvierte er in Tübingen und München-Großhadern. Die Ausbildung zum onkologischen Chirurgen erfolgte am renommierten Princess Margaret Cancer Center in Toronto, Kanada. Des Weiteren ist Müller ausgebildeter Roboterchirurg (Da Vinci).

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

Fortbildungsveranstaltung

9. Gesundheitsforum des LSB Berlin: „Bewegung, Sport und Krebs“

Datum: Samstag, 28.05.2016
Zeit: 09:15-15:30 Uhr
Ort: Gerhard-Schlegel-Sport-
schule des Landessportbundes
Berlin, Priesterweg 4-6b,
10829 Berlin (Schöneberg)

INHALTE

Medizinischer Fachvortrag:

- Bewegung und Sport in der Prävention und Rehabilitation von Krebserkrankungen

(Dozent: Dr. med. Fernando Dimeo – FA f. Innere Medizin / Sportmedizin – Arbeitsschwerpunkte: Sport u. Bewegung in der Prävention u. Sekundärprävention, Rehabilitation,

Training bei chron. Erkrankun-
gen, Trainingsgestaltung
– Sport-Gesundheitspark
Berlin e.V. / Zentrum für
Sportmedizin)

Praxisseminare zu folgenden Themen:

- Krafttraining mit dem Flexi-Bar®
- Sport in der Krebsnachsorge
- Einführung in das Rope-Skipping
- Beckenbodentraining
- Zumba® mit Krebsbetroffenen
- Gesprächsführung mit Krebsbetroffenen

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Jürgen Wismach
(Präsident Sportärztebund Berlin-
Brandenburg e.V.)
Fortbildungspunkte: 8 Punkte
(beantragt)
Teilnahmegebühr: 40,- Euro
(inkl. Mittagessen)

Anmeldung bis 19.05.2016:
[www.lsb-berlin.de/angebote/
gesundheitssport/gesundheitsforum/](http://www.lsb-berlin.de/angebote/gesundheitssport/gesundheitsforum/)

Weitere Informationen:
Christoph Stegemann,
Landessportbund Berlin e.V.
Tel.: 030 / 30 00 21 64,
E-Mail: [C.Stegemann@
lsb-berlin.de](mailto:C.Stegemann@lsb-berlin.de)



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus

Zum 1. April 2016 eröffnet im Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus die Klinik für Geriatrie, die als eigenständige Hauptfachabteilung im Berliner Krankenhausplan ausgewiesen ist. Zum Chefarzt der Klinik wurde Dr. med. Rainer Koch berufen, der bereits Chefarzt der Geriatrie im Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe ist. Dr. Koch ist Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie und wird ab April beide Kliniken standortübergreifend leiten.

DRK Kliniken Berlin

Ralf Stähler, Geschäftsführer mehrerer Tochtergesellschaften der DRK-Schwesternschaft Berlin, hat die DRK Kliniken Berlin zum 29. Februar 2016 verlassen. Die Trennung erfolgt den Angaben zufolge auf Wunsch Stählers und in bestem Einvernehmen mit dem Gesellschafter. Zugleich wurden Dr. Christian Friese und Michael Hoffmann in die Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin berufen. Beide sind seit Mai 2015 in der Geschäftsleitung der Kliniken tätig: Dr. Friese verantwortet den Arbeitsbereich Personal, Recht und Compliance, Michael Hoffmann ist zuständig für Einkauf, Logistik, Dienstleistungen sowie IT. Friese war zuvor Geschäftsführer beim Berliner Klinikverbund Vivantes und dort verantwortlich für den Bereich Personalmanagement. Er hatte ab 2002 die Rechtsabteilung von Vivantes aufgebaut und diese fünf Jahre lang geleitet. Nach Tätigkeiten – unter anderem als Leiter „Personal und Chefjustiziar“ bei der Wall AG – kehrte er zu Vivantes zurück und wurde Geschäftsführer „Finanzen und Personal“ des gemeinsam mit der Charité geschaffenen Labor Berlin. Hoffmann war zuvor als Geschäftsführer der Rhenus Eonova GmbH, einem führenden deutschen Krankenhauslogistikunternehmen, tätig. Er begann seine Laufbahn in der Gesundheitsbranche als Fachkrankenpfleger und ist spezialisiert auf alle nichtmedizinischen Bereiche des Krankenhauses wie Logistik, Einkaufsadministration und Krankenhausvollversorgung.

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

Fallzahlen

„Wer macht was wie oft?“

Bereits zum 10. Mal hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unter dem Titel „Wer macht was wie oft“ Fallzahlen zu Krankenhausbehandlungen veröffentlicht. Die Datenbasis der aktualisierten Veröffentlichung ist das Jahr 2014.

„Die Veröffentlichung der Daten zu ausgewählten Krankenhausbehandlungen bieten sowohl Patientinnen und Patienten als auch den Krankenhäusern selbst Transparenz und wertvolle Hinweise. Die übersichtliche Darstellung in Säulendiagrammen ermöglicht eine schnelle Orientierung, gibt Auskunft über die vielfältigen Spezialisierungen der Berliner Krankenhäuser und kann so die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus bei einer bestimmten anstehenden Behandlung unterstützen“, begrüßt Gesundheits-senator Mario Czaja die Veröffentlichung.

Zu folgenden Behandlungen stehen aktuelle Fallzahlen zur Verfügung:

- Krebsoperationen
- Akuttherapie bei Herzinfarkt und Schlaganfall
- Behandlung von arteriellen Durchblutungsstörungen der Beine
- Künstlicher Gelenkersatz an Hüfte und Knie
- Operationen an Kindern im ersten Lebensjahr
- Palliativmedizinische Behandlungen

Die Aktualisierung der Fallzahldarstellung kann auf der Webseite der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales unter: www.berlin.de/sen/gesundheits -> Krankenhäuser in Berlin -> Krankenhaus-Transparenzdaten (linke Spalte) eingesehen werden.

eLearning

„Ärztliche Bildung im 21. Jahrhundert – innovative Methoden und Technologien“

Der Workshop des Kompetenzbereich eLearning Charité – Universitätsmedizin Berlin Prodekanat für Studium und Lehre in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin richtet sich an verantwortliche Personen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung.

Wie lassen sich innovative Lehrszenarien mithilfe digitaler Medien entwickeln und umsetzen?

Was steckt hinter Begriffen wie „Internet der Dinge“ oder „Virtual Reality“? Welche Bedeutung haben aktuelle technologische Entwicklungen für medizinische Bildungsszenarien?

Termin: 19. und 20. Mai 2016
Kursleitung: Kai Sostmann (Arzt), Prodekanat für Studium und Lehre (PDL) Leitung Kompetenzbereich eLearning

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 350 Euro (inkl. Verpflegung, außer Mittagessen) und Interessierte können sich unter: <http://digitale-fortbildungen.charite.de/anmeldung/> anmelden.

Anerkannt mit 18 Fortbildungspunkten.



Die „Aleppo-Beule“ – ein Krankheitsbild aus Syrien

In der medizinischen Versorgung der in den vergangenen Monaten und Jahren nach Deutschland geflüchteten Menschen stellt sich immer wieder die Frage nach besonderen, für das Herkunftsland typischen Erkrankungen. Da etwa die Hälfte der Geflüchteten syrische Staatsbürger sind, von denen nicht wenige aus der stark umkämpften Region um Aleppo kommen, sei an dieser Stelle an das Krankheitsbild der „Aleppo- oder Orient-Beule“ erinnert.

Bei dieser Hautveränderung handelt es sich um eine papulös-erhabene oder ulzerierende Läsion unterschiedlicher Größe. Häufig ist das Gesicht betroffen, meist die Wangen oder die Nase. Die Läsionen können einzeln oder multipel sein, auch die Extremitäten sind oft betroffen. Erreger sind den Trypanosomen ähnliche Protozoen aus dem Genus *Leishmania*. Die Übertragung erfolgt durch den Stich von Sandmücken. Die Inkubationszeit beträgt wenige Wochen bis mehrere Monate. Tierische Reservoirs für humanpathogene Leishmanien sind Nager wie Gerbils (Rennmäuse) oder Hundartige. Im Fall der klassischen „Aleppo-Beule“ verursachenden Spezies *Leishmania tropica* ist der Mensch das Reservoir. Neben *Leishmania tropica* kommt in Syrien *Leishmania major*

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



als Erreger der „Aleppo-Beule“ oder kutanen Leishmaniose vor. Die Verdachtsdiagnose stützt sich auf die gegebene Exposition und das klinische Bild, sollte aber durch den direkten Erregernachweis gesichert werden. Dieser gelingt hochsensitiv mit der PCR aus biotisch gewonnenem Material aus dem Rand der Läsion. Die Ausdifferenzierung der *Leishmania*-Spezies ist für die Wahl der geeigneten Therapiesubstanz sowie der Art der Durchführung – lokal oder systemisch – entscheidend. Auch eine abwartende Haltung kann insbesondere bei *Leishmania major* erwogen werden, da bei dieser Spezies eine hohe Selbstheilungsrate innerhalb weniger Monate die Regel ist. Die Therapie mit Paromomycinsulfat 15 Prozent plus Methylbenzethoniumchlorid 12 Prozent in neutraler Salbengrundlage ist eine Option für unkomplizierte Hautläsionen durch *Leishmania major*, für *Leishmania tropica* liegen hierfür keine überzeugenden Daten vor. Das für die Wirkung unentbehrliche Methylbenzethoniumchlorid ist in Deutschland allerdings nicht erhältlich und für die Zubereitung von Paromomycinsulfat

in 10 Prozent Urea ist keine Wirksamkeit nachgewiesen.

Medikamentös sind nicht zuletzt aus Ermangelung evaluierter alternativer Therapien sowie aus Kostengründen fünfwertige Antimonverbindungen gemäß WHO weltweiter Therapiestandard und damit das Referenzmedikament für alle Formen der kutanen Leishmaniose. Kleinere, einzelne Läsionen können z.B. mit periläsionaler Antimon-Unterspritzung lokal behandelt werden. Eine intravenöse Therapie ist u.a. indiziert bei mehr als 3 Läsionen, einer Einzelläsion von mehr als 40 mm im Durchmesser sowie Läsionen an kosmetisch und funktionell heiklen Hautarealen wie z.B. im Gesicht, an den Händen, über Gelenken und in der Nähe von Haut-Schleimhaut-Übergängen.

Patienten mit Verdacht auf eine „Aleppo-Beule“ oder andere Formen der Leishmaniose können sich am Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit der Charité zur Diagnostik und Therapie vorstellen.

Dr. Sebastian Dieckmann
Tropenmedizinische Ambulanz
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit
Charité-Universitätsmedizin Berlin

Preisverleihung

Hertha-Nathorff-Preis: Vorstand der Ärztekammer Berlin zeichnet beste Masterarbeiten aus



Foto: S. Rüdä

(v.li.): Dr. Jonitz (ÄKB), Dr. Zimmermann (2. Preis), Dr. Wittmann (1. Preis), B. Blomeyer (3. Preis), G. Leyle (Jurymitglied, BARMER GEK)

Am 03.03.2016 würdigte die Ärztekammer Berlin zum 20. Mal die drei besten Masterarbeiten aus den postgraduierten Studiengängen Public Health mit dem Hertha-Nathorff-Preis. Ausgezeichnet wurden Dr. med. Nadine Wittmann für ihre Arbeit zum „Gesundheits- und Sozialstrukturatlas für die Bundesrepublik Deutschland“ (1. Preis), Dr. Ruth Zimmermann für ihre Untersuchung der „Charakteristika und Risiken in Bezug auf HIV, Hepatitis B und C von injizierenden Drogengebraucher/innen in Frankfurt a. M.“ (2. Preis)

und Barbara D. Blomeyer für ihr Hinterfragen der „Soziodemografischen Einflussfaktoren auf die Mundgesundheit und zahnärztliche Prophylaxe von Kindern in Bezirk Berlin-Mitte“ (3. Preis). In einer feierlichen Stunde überreichte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité den Preisträgerinnen die Urkunden und resümierte dabei die inzwischen zwei Jahrzehnte währende Tradition, mit der der Vorstand der Ärztekammer Berlin wissenschaftliche Arbeiten

aus dem Bereich Public Health honoriert. Die Verbindung von Medizin und Public Health sei evident, so Jonitz. Ein Blick in die ärztliche Berufsordnung genüge. Hier sei geregelt, dass der Arzt der Bevölkerung zu dienen habe und Medizin nur dann sinnvoll sei, „wenn sie ankommt“. Mit einem Brückenschlag zur aktuellen Politik und dem Hinweis, dass auch Hertha Nathorff zu ihrer Zeit ein Flüchtling gewesen sei, betonte der Kammerpräsident abschließend die soziale Verantwortung, die – wenn es um Fragen der gesundheitlichen Versorgung von Menschen geht – jeden betreffe.

Die Ärztekammer Berlin vergibt seit 1995 jährlich den nach der jüdischen Ärztin benannten Hertha-Nathorff-Preis (1895-1993). Hertha Nathorff wurde aufgrund ihrer jüdischen Abstammung von den Nationalsozialisten verfolgt und emigrierte 1939 nach Amerika. Dort war sie u. a. in der Krankenpflege tätig und engagierte sich sehr

stark auf sozialem Gebiet, vor allem für deutsche Emigranten in den USA. Sie betrat jedoch nie wieder deutschen Boden. Insgesamt hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin in den vergangenen zwanzig Jahren 62 herausragende Arbeiten aus den postgraduierten Studiengängen Public Health mit dem Hertha-Nathorff-Preis ausgezeichnet. Die Berlin School of Public Health (BSPH) ist Anfang 2015 in Trägerschaft mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin und dem neu eingerichteten Institut für Public Health (IPH), der Alice-Salomon-Stiftung und der Technischen Universität Berlin neu konstituiert worden und bildet fortan eine universitätsübergreifende Struktur. Die Studiengänge Public Health und der neue Master-of-Science-Studiengang (WS 16/17) sind jetzt am IPH angesiedelt. Das IPH wird vom Epidemiologen und Humanmediziner Prof. Tobias Kurth geleitet. Sein Ziel ist es, dem Standort Berlin als internationales Zentrum für Bevölkerungsforschung auf dem Gebiet Public Health und Epidemiologie mehr Beachtung zu verschaffen.

Umstrukturierung

ÄZQ: Wissenschaftlicher Beirat geplant

Die Qualitätssicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität müssen sich in einem immer größer und politisch bedeutenderen Umfeld den wachsenden Herausforderungen der Zukunft stellen. Daher haben die Trägerorganisationen Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) eine interne Umstrukturierung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) vorgenommen

und planen die Einsetzung eines Wissenschaftlichen Beirats. Dieser soll die Träger bei der künftigen wissenschaftlichen Ausrichtung des ÄZQ beraten und unterstützen. Für die wissenschaftliche Leitung und als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats ist Professor Dr. med. Dr. phil. Martin Härter aus Hamburg designiert. Er ist Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Univer-

sitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und dem ÄZQ schon langjährig durch die erfolgreiche Kooperation bei der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression sowie durch die Entwicklung von Patienteninformationen oder von medizinischen Entscheidungshilfen verbunden. Die weiteren Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats werden in gemeinsamer Absprache berufen und sollen ebenfalls durch entsprechende Expertise in den Kernbereichen des ÄZQ seine fach-

lich-wissenschaftliche Position stärken und die konzeptionelle Weiterentwicklung fördern. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) wird von BÄK und KBV seit 20 Jahren als gemeinsames wissenschaftliches Institut getragen, zu dessen Kernaufgaben die Bereiche Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien, hier insbesondere die Koordination des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL), sowie Patienteninformation und Patientensicherheit zählen.

Fortbildung

Bei der Versorgung von Flüchtlingen Strukturen langsam sichtbar

Die medizinische Versorgung von Tausenden Asylsuchenden hat Berlin vor große Herausforderungen gestellt. Nach anfänglich teils chaotischen Zuständen zeichnen sich langsam stabilere Strukturen ab. Gleichwohl knirscht es noch in vielen Bereichen. Um einen Überblick über den aktuellen Sachstand der Versorgung zu geben und Fragen insbesondere der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Dialog zu klären, hatte die Ärztekammer Berlin auf Beschluss ihrer Delegiertenversammlung am 24. Februar 2016 zu einer Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden“ eingeladen.

In seiner Begrüßung dankte Vorstandsmitglied Dr. Peter Bobbert den anwesenden Ärztinnen und Ärzten für ihren unermüdlichen Einsatz bei der Versorgung der Asylsuchenden: „Sie haben dazu beigetragen, die akute Notsituation zu überwinden.“ Zugleich mahnte er auch zu einer politischen Haltung: „Wir als Ärzteschaft kommen einer Verpflichtung nach. Gerade in Zeiten wie diesen, in denen nationalistische Töne wieder lauter werden, ist es unsere Pflicht, klar Stellung zu beziehen und Kante zu zeigen.“ Die Berliner Ärzteschaft sei weltoffen und zugewandt. Dies müsse weiterhin so bleiben.

Im Anschluss skizzierte der wissenschaftliche Leiter und Moderator der Fortbildung, Dr. Matthias Brockstedt, die aktuelle Situation. Berlin hat seinen Angaben zufolge 7,4 Prozent der Flüchtlinge in Deutschland aufgenommen – somit mehr als es nach dem Königsteiner Schlüssel müsste. Brockstedt kritisierte, dass man in Berlin hinsichtlich der medizinischen Versorgung

über lange Zeit bestehende Konzepte nicht umgesetzt und sich nur reaktiv um die anstehenden Versorgungsprobleme gekümmert habe. Er betonte, dass es in Berlin nur darum gehen könne, die Versorgung der Flüchtlinge in die bestehenden Strukturen zu integrieren. Brockstedt zeigte sich verhalten optimistisch, dass sich langsam auf allen Ebenen Strukturen herausbilden.

Diese professionellen Strukturen hielt auch Dr. Christian Zechel, Oberstarzt am Bundeswehrkrankenhaus Berlin, für zwingend erforderlich. Zechel hatte zusammen mit anderen Sanitätsoffizieren der Bundeswehr die medizinische Versorgung am LAGeSo in der Turmstraße von Anfang November an stark unterstützt. Er schilderte anschaulich die Behandlungsabläufe und die dabei auftretenden Schwierigkeiten. Ein zentrales Thema sind in seinen Augen die Dolmetscher und Sprachmittler: „Ohne sie ist keine vernünftige Anamnese möglich.“

Michael Janßen, Allgemeinmediziner aus Neukölln, schilderte Beispiele aus seiner Praxis bei der Versorgung von Flüchtlingen. Auch er sieht in den tagtäglich auftretenden Kommunikationsschwierigkeiten die größten Probleme. Außerdem liege häufig der Grüne Behandlungsschein nicht vor. Er hofft dabei auf die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Weitere Problemfelder sind laut Janßen: Psychiatrische Krankheitsbilder, fehlende zeitliche Ressourcen, Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Überweisungen sowie (Folge-)Impfungen. Die Basis- und Notfallversorgung sei inzwischen abgedeckt, Lücken gebe es aber bei bestimmten Bedarfen. Dr. Uwe Kruffel, Vorstandsmitglied der KV Berlin, gab



Foto: S. Rudat

Moderator Matthias Brockstedt, KV-Vorstand Uwe Kruffel, Oberstarzt Christian Zechel, LAGeSo-Mitarbeiter Daniel Sagebiel und Hausarzt Michael Janßen (v.r.) versuchten, Fragen zu klären.

in einem Vortrag Informationen zur rechtlichen Situation bei der Abrechnung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. Dabei ging er näher auf die Unterschiede bei kurzerfassten, erfassten und anerkannten Asylbewerbern ein.

Dr. Daniel Sagebiel, Referatsleiter im LAGeSo und Mitglied des Landesweiten Koordinierungsstabes Flüchtlingsmanagement, erläuterte die Pläne der Senatsverwaltung. Dazu gehört die Eingangsuntersuchung an der Zentralen Untersuchungs- und Impfstelle in der Bundesallee. Dort sollen Charité-Mitarbeiter rund 400 Menschen am Tage erstuntersuchen und impfen. In der abschließenden Diskus-

sionsrunde zeigte sich, dass es vor allem starke Defizite bei der Versorgung von Menschen in kleineren Unterkünften gibt. Ein Knackpunkt ist dabei die Versorgung mit Medikamenten. Kammerjuristin Martina Jaklin erklärte, dass es dazu aktuell Gespräche mit der Senatsverwaltung gebe. Insgesamt zeigte sich, dass es nach wie vor einen großen Informationsbedarf bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gibt. Dem wird die Ärztekammer Berlin mit weiteren Fortbildungsveranstaltungen zum Thema nachkommen.

www.aerztekammer-berlin.de/fluechtlingshilfe

Nächste Fortbildung „Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden“ 29.06. 2016 | 16.30 bis 20.00 Uhr

Die Folgeveranstaltung der Fortbildung „Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden – Herausforderung und Perspektiven für sicheres Handeln“, findet am 29.06.2016 von 16.30 bis 20.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt.

Ziel ist es wieder, insbesondere den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen praxisorientierte Informationen zu Umfang und Inhalten der medizinischen Versorgung in den Zentralen Aufnahmestellen des Landes Berlin zu geben, die aktuelle Situation der dort behandelten Menschen abzubilden sowie die Möglichkeiten der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in der niedergelassenen Praxis entsprechend der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Grundlagen der Abrechnung zu erläutern. Alle Teilnehmer haben die Möglichkeit, mit den Referenten in einen lösungsorientierten Erfahrungsaustausch und Diskussion zu kommen.

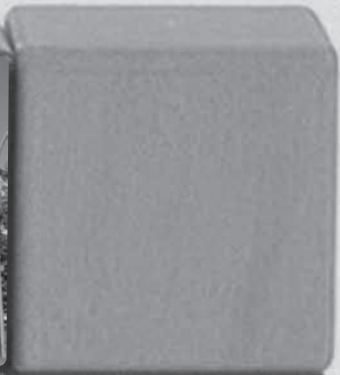
Eine schriftliche persönliche Anmeldung zur Fortbildung ist notwendig. Das Anmeldeformular finden Sie online auf der Homepage der Ärztekammer Berlin.

Bei Fragen zu dieser Fortbildung erreichen Sie Frau Nehr Korn telefonisch: 030 / 408 06-12 11 oder per E-Mail m.nehrkorn@aekb.de.

Dauerbaustelle KRANKENHAUS

Das Gesundheitswesen ist eine ewige Baustelle. Das zeigt mal wieder das jüngst in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). Auch dieses ist weit davon entfernt, Probleme – vor allem der Klinikfinanzierung – dauerhaft zu lösen. Um es vorweg zu nehmen: Der große Wurf ist das KHSG, wie andere Krankenhausgesetze zuvor, wieder nicht. Die Kliniken in Berlin werden weiterhin auf Millionen Euro warten müssen, die sie für Sanierungen oder Neubauten dringend bräuchten.

Von Julia Frisch



Gibt es Gewinner, gibt es Verlierer durch das Krankenhausstrukturgesetz? Da kommt es natürlich darauf an, welche Seite man dazu befragt. Für die Krankenkassen ist die Sache eindeutig. „Gewinner der Reform sind in erster Linie die Krankenhäuser“, sagt Michael Domrös, Leiter der vdek-Landesvertretung Berlin-Brandenburg. So sieht es auch die AOK Nordost mit Blick auf die finanziellen Zugeständnisse an die Kliniken, die der Gesetzgeber mache.

Ein bisschen als Gewinner sieht auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Kliniken. Ihre Kampagnen und das laute Trommeln gegen den ursprünglichen Gesetzentwurf, das im September 2015 in bundesweiten Demonstrationen von Klinikmitarbeitern gipfelte, hatte Erfolg. Das KHSG wurde noch einmal überarbeitet, einige in den Augen der Krankenhäuser kritische Punkte flogen wieder raus oder wurden abgeschwächt. So wurde der Versorgungszuschlag bspw. nicht gestrichen, sondern in einen dauerhaften Pflegezuschlag umgewandelt. Die Dauer des Fixkostendegressionsabschlages bei Mehrleistungen wurde von fünf auf drei Jahre reduziert, eine Tarifausgleichsrate eingeführt und absenkende Maßnahmen beim Landesbasisfallwert einkassiert. 900 Millionen Euro zusätzliche Mehreinnahmen bringe das Gesetz dieses Jahr den Krankenhäusern im Vergleich zu 2015, rechnet das Bundesgesundheitsministerium vor. 2017 belaufe sich das Plus sogar auf 1,8 Milliarden Euro, 2018 auf 1,9 Milliarden Euro und 2020 bereits auf über zwei Milliarden Euro.

Die Finanzierung der Betriebskosten werde auf eine deutlich verbesserte Grundlage gestellt, schrieb die Deutsche Krankenhausgesellschaft nach der Überarbeitung des Gesetzentwurfes. Besonders die Umwandlung des Versorgungszuschlags in einen Pflegezuschlag ab 2017, der bundesweit rund 500 Millionen Euro und in Berlin etwa 25 Millionen Euro ausmacht, wird von den Kliniken begrüßt.

Das Problem der Investitionskosten wurde dagegen zum Bedauern aller Beteiligten vom KHSG völlig ausgeklammert. Die Finanzsituation der Krankenhäuser in der Hauptstadt bleibe weiterhin problematisch, so die BKG. Die Investitionsmittel, die das Land den Kliniken zur Verfügung stelle, seien unzureichend. 107 Millionen Euro sieht der Doppelhaushalt 2016/2017 für dieses Jahr vor, im kommenden Jahr sollen es 109 Millionen Euro sein. Nötig, so die BKG, wären allerdings rund 240 Millionen Euro pro Jahr.

Mit seinen Krankenhaus-Investitionsmitteln erreiche Berlin nicht einmal den Bundesdurchschnitt, der bei etwa 140 Millionen Euro liegt. „Im Bund-Ländervergleich ist das Land Berlin Schlusslicht bei der seit Jahren anhaltenden unzureichenden Investitionsfinanzierung, die zu einem erheblichen Investitionsstau geführt und den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgung deutlich erhöht hat“, kritisiert die BKG.



Foto: ©Schlosspark-Klinik

Dipl.-Kfm. Mario Krabbe

Kritik von den Kliniken

„Die Krankenhäuser sind baufällig und sanierungsbedürftig“, sagt Mario Krabbe, Geschäftsführer der Park-Klinik in Weißensee und der Schlosspark-Klinik in Charlottenburg, die über 319 und 359 Betten verfügen und zusammen 1.600 Mitarbeiter beschäftigen. Über die der-

Zu- und Abschläge

- Mehrkosten durch G-BA-Beschlüsse: Um Mehrkosten zu berücksichtigen, die durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entstehen und die noch nicht im Landesbasisfallwert oder bei der DRG-Kalkulation berücksichtigt sind, können zeitlich befristet und individuell für Krankenhäuser Zuschläge vereinbart werden.
- Sicherstellungszuschläge: Hierzu wird der G-BA bis Ende 2016 einheitliche Vorgaben festlegen. Krankenkassen und Krankenhäuser vereinbaren aufgrund dieser Vorgaben, ob einzelne Kliniken überhaupt einen Zuschlag erhalten. Defizite in einzelnen Abteilungen oder bei einzelnen Leistungen sollen künftig keine Rolle mehr spielen, das Krankenhaus insgesamt muss rote Zahlen schreiben. Länder können abweichende Regeln für den Zuschlag erlassen, dann wirken sich die Mehrkosten aber absenkend auf den Landesbasisfallwert aus.
- Zuschlag für besondere Aufgaben (beispielsweise Tumor- oder geriatrische Zentren): Diese müssen im Krankenhausplan festgehalten werden. Vertragspartner sollen Einzelheiten abstimmen und besondere Aufgaben bis Ende März 2016 konkretisieren.
- Zuschlag für die Teilnahme an der Notfallversorgung: Zu- oder Abschläge sind bis Ende Juni 2017 festzulegen. Bis Ende 2016 muss der G-BA Notfallstrukturen festlegen.



St. Hedwig-Mitte



Park-Klinik, Weißensee



Schlosspark-Klinik

zeitige Pauschalförderung erhälterschätzungsweise rund 1,7 Millionen Euro für jedes Haus. „Für die Park-Klinik Weißensee ist das in Ordnung, die Klinik ist relativ neu und baulich noch in einem hervorragenden Zustand. Für die Schlosspark-Klinik in Charlottenburg, die 1970 erbaut wurde, reichen diese Mittel nicht annähernd aus, um notwendige Instandhaltungs- und Erweiterungsarbeiten durchzuführen“, so Krabe. „Hier würden wir grob geschätzt 27 Millionen Euro benötigen, um die nötigen strukturell-baulichen Veränderungen durchzuführen.“

Das Gesetz biete keinen Ansatz für die Auflösung des bestehenden Investitionsstaus, bedauert auch die Geschäftsführung von Vivantes. Den Investitionsbedarf „für die nächsten Jahre“ beziffert der mit über 5.500 Betten und 15.000 Mitarbeitern größte kommunale Klinik-Konzern Deutschlands auf rund 110 Millionen Euro pro Jahr. Zusätzlich zu den bisherigen Fördersummen vom Land (2016 erhält Vivantes rund 33 Millionen Euro) und zu den Eigenmitteln wären 42 Millionen Euro nötig.

„Das Gesetz hätte die Länder bei der Investitionsquotenförderung mehr in die Pflicht nehmen müssen“, sagt Michael Domrös vom vdek. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) verweist darauf, dass sich die Länder in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „zu ihrer Verpflichtung bekannt“ hätten, eine ausreichende Investitionsförderung sicherzustellen. Die weitere Entwicklung der Investitionsförderung werde vom BMG aber „kritisch begleitet“.

Schwerpunkt Qualität

- In der Krankenhausplanung der Länder soll Qualität künftig stärker berücksichtigt werden. Der G-BA hat dafür Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die Bestandteil der Krankenhausplanung werden sollen (die Länder können deren Anwendung aber ganz oder teilweise ausschließen bzw. weitere hinzufügen). Fertig soll der G-BA damit bis Ende 2016 sein.
- Die Einhaltung der Qualitätssicherungs-Richtlinien wird stärker überprüft: Der MDK darf unangemeldete Prüfungen vornehmen.
- Mindestmengenregelungen sollen rechtssicherer werden. Außerdem stellt der Gesetzgeber klar, dass es keine Vergütung gibt, wenn die Mindestmenge nicht erreicht wird. Der G-BA hat die Aufgabe, einen Leistungskatalog und Mindestmengen dafür zu erarbeiten.
- Qualitätszu- und -abschläge: Über ein Bonus-/Malus-System sollen sich Qualitätsunterschiede bei den Kliniken finanziell auswirken. Krankenhäuser, die drei Jahre hintereinander Abschläge hinnehmen müssen, soll der Versorgungsauftrag entzogen werden. Der G-BA hat einen Katalog geeigneter Leistungen, für die Zu- und Abschläge in Betracht kommen, bis Ende 2017 zu erarbeiten. Ferner müssen die Vertragspartner auf Bundesebene (also DKG, GKV und PKV) die Höhe der Zu- und Abschläge vereinbaren (bis Ende Juni 2018).
- Qualitätsverträge: Über Einzelverträge können künftig Kliniken und Kassen höhere Qualitätsstandards mit entsprechender Vergütung vereinbaren. Zur Erprobung der Wirksamkeit derartiger Verträge soll der G-BA vier planbare Leistungen oder Leistungsbereiche bis Ende 2017 definieren. DKG und GKV wiederum vereinbaren Rahmenvorgaben, die bei den Verträgen zu berücksichtigen sind (Frist: bis Ende Juli 2018).
- Qualitätsberichte sollen u.a. besonders für Patienten relevante Informationen zur Patientensicherheit, Risiko- und Fehlermanagement, Hygienestandards und Personalausstattung enthalten.
- Die Zahl der klinischen Sektionen soll erhöht werden. PKV, GKV und DKG legen bis Ende 2016 die Anforderungen fest.
- Zielvereinbarungen mit Ärzten dürfen nicht auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen dafür abstellen.



St-Joseph-Krankenhaus



KKH Am Urban, Kreuzberg



Martin-Luther-KKH

Mehrleistungen lohnen sich nicht

Das Land Berlin sieht sich dagegen auf einem guten Weg. Aus dem Sondervermögen „Infrastruktur Wachsende Stadt“ werde den Krankenhäusern für die Jahre 2016 bis 2018 zusätzlich für konkrete Maßnahmen noch einmal rund 55 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Insgesamt liege Berlin mit seinen Investitionsmitteln „nur noch leicht unter dem Bundesdurchschnitt“. Gleichwohl, so heißt es aus der Senatsgesundheitsverwaltung, bleibe die Bedarfsdeckung notwendiger und wirtschaftlicher Krankenhausinvestitionen eine Herausforderung. „In den nächsten 10 bis 20 Jahren wird für die Berliner Krankenhäuser ein zusätzliches Milliardenvolumen erforderlich sein. Der Senat sieht diese Entwicklung und wird sein Handeln weiter daran orientieren.“

Die fehlenden Millionen vom Land für Investitionen müssen die Kliniken durch Überschüsse ausgleichen, die sie selbst erwirtschaften müssen. Wenn sie gute Medizin und Pflege anbieten, kommen mehr Patienten, die sich behandeln lassen wollen. „Genau dann müssen wir aber mit Leistungsbegrenzungen kämpfen“, sagt Mario Krabbe von der Park-Klinik Weißensee. Das bleibt auch unter dem neuen Krankenhausstrukturgesetz so. Statt der bisherigen Mehrleistungsabschläge wird ab 2017 der sogenannte Fixkostendegressionsabschlag eingeführt, dessen Höhe auf Landesebene festgelegt und der dann von allen Leistungen, die über der vereinbarten Menge

liegen, abgezogen wird. Neu ist, dass der Abschlag nach dem Verursacherprinzip nur noch die Krankenhäuser treffen soll, die wirklich Mehrkosten für die Krankenkassen verursachen. Außerdem sollen sich die Abschläge nicht mehr, wie bisher, mindernd auf den Landesbasisfallwert auswirken. Die oft beklagte doppelte Degression wird also beendet.

Dennoch: Für die Kliniken sind die Abschläge wie ein Stachel im Fleisch. Als Bestrafung sieht sie Mario Krabbe. Gerade bei akuten, womöglich lebensbedrohlichen Erkrankungen, die nicht planbar seien, seien Abschläge ungerecht. Benachteiligt sehen die Helios-Kliniken auch qualitativ bessere Klini-

ken: „Krankenhäuser mit hoher Behandlungsqualität verzeichnen oft steigende Patientenzahlen.“ Durch die Abschläge würden aber gerade diese Kliniken, die sich mit hoher Behandlungsqualität im Wettbewerb durchsetzen, finanziell erheblich bestraft.

Mehrbelastungen durch die Abschläge hält der Verband der Uniklinika (VUD), zu dem die Charité gehört, nicht für ausgeschlossen. Je nachdem, wie die Selbstverwaltung die Abschläge ausgestalte, könne es im Vergleich zum Status quo zu einer Schlechterstellung der Unikliniken kommen, die seit Jahren ein starkes Leistungswachstum verzeichnen. „Eine belastbare Bewertung der finanziellen Folgen des Fixkostendegressions-

Geld für mehr Personal

- **Pflegestellen-Förderprogramm:** Für die Einstellung zusätzlichen Personals stellt der Bund 2016 bis zu 110 Millionen Euro zur Verfügung, ab 2017 bis zu 220 Millionen Euro und ab 2018 jährlich bis zu 330 Millionen Euro. Finanziert werden mit den Mitteln 90 Prozent der Personalkosten, von den Krankenhäusern wird eine 10-prozentige Eigenfinanzierung erwartet. (Bis Ende 2017 soll eine Expertenkommission zudem beraten, ob der erhöhte Aufwand für demenzkranke, pflegebedürftige oder behinderte Patienten im DRG-System sachgerecht abgebildet werden kann.)
- **Der bisherige Versorgungszuschlag** von 0,8 Prozent auf die DRG wird ab 2017 in einen Pflegezuschlag umgewandelt. Das Volumen beträgt bis zu 500 Millionen Euro pro Jahr, das Geld wird gemäß den Pflegedienstpersonalkosten an die Kliniken verteilt.
- **Hygieneförderprogramm:** Dieses wird um drei Jahre bis 2019 verlängert, der Umfang beträgt 280 Millionen Euro.
- **Eingeführt wird eine Tarifierhöhungrefinanzierung:** Kosten durch Tarifabschlüsse, welche die Obergrenze für Preiszuwächse überschreiten, werden zur Hälfte von den Kostenträgern refinanziert.



Foto: Charité - Universitätsmedizin Berlin

abschlags wird – wie bei zahlreichen anderen Punkten der Reform – erst Ende 2017 möglich sein“, sagt Ralf Heyder, Generalsekretär des VUD.

Vivantes verweist darauf, dass gerade in Berlin als wachsende Stadt mit „weiterem Fallzahlwachstum zu rechnen ist“. Mehrjährige Vergütungsabschläge seien in wachsenden Regionen ein Problem. Mehrleistungen sollten deshalb wenigstens innerhalb des Krankenhausplanes vom Degressionsabschlag ausgenommen werden. Auch die Berliner Krankenhausesellschaft mahnt angesichts des Bevölkerungsanstieges, die Kosten der hiermit verbundenen Leistungszuwächse und Strukturanpassungen nicht einseitig auf die Krankenhäuser abzuwälzen.

Keine Personalentwicklungskosten

Nur ein Tropfen auf den heißen Stein ist nach Ansicht vieler das Pflegestellen-Förderprogramm. Insgesamt 660 Millionen Euro stehen dafür von 2016 bis 2018 zur Verfügung, danach sollen jährlich 330 Millionen Euro ausgeschüttet werden, mit denen Krankenhäuser 90 Prozent der Personalkosten bei der Neueinstellung von Pflegekräften finanzieren können. Im

Endeffekt bedeuteten diese Fördermittel bei Haushaltsbruttokosten von knapp 50.000 Euro 4.400 Pflegekraftstellen, rechnet der Marburger Bund (MB) vor. „Das sind zwei bis drei Stellen pro Klinik“, sagt Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied des MB-Landesvorstandes Berlin-Brandenburg. Für die Park-Klinik Weißensee wären gerade mal anderthalb Stellen finanzierbar – „also nicht der Rede wert“, sagt Geschäftsführer Mario Krabbe. „Die sehr hohe Arbeitsbelastung in den Krankenhäusern wird dadurch kaum verbessert“, bestätigt auch die Krankenhausesellschaft Berlin.

Um mehr Pflegestellen in den Krankenhäusern zu schaffen, müssten die Personalentwicklungskosten endlich in den DRG berücksichtigt werden, so Jonitz. Auch Dr. Thomas Werner, Chirurg bei Vivantes und Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin, vermisst eine „auskömmliche Finanzierung des Personals“ im Gesetz. Seiner Ansicht nach hätte der Gesetzgeber auch so mutig sein können, einen verbindlichen Stellenschlüssel für Ärzte und Pfleger vorzuschreiben. Zwar gebe es hierzu Ansätze im Berliner Krankenhausplan, doch gerade im Pflegebereich handele es sich nur um Empfehlungen. „Wenn sie

den Kliniken die Wahl lassen und es nicht verbindlich vorschreiben, werden die sich im Zweifel nicht daran halten, weil ihnen das Geld fehlt“, so das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin.

Ebenso auf die Agenda des Gesetzgebers hätte Werner die Qualifikation des ärztlichen Personals gesetzt. „Welcher Arzt arbeitet mit welcher Qualifikation an welcher Stelle?“ – auch um diese Frage müsse sich die Politik kümmern. Derzeit sei die Situation an den Kliniken so unbefriedigend, dass „insbesondere die qualifizierten und spezialisierten Fachärzte versuchen, die Kliniken zu verlassen“, berichtet Werner. Seit Jahren sinkt der Facharztanteil in den Kliniken. Auch das führe dazu, dass es an den Krankenhäusern zu wenig Personal gebe und die Patienten häufig „nicht vernünftig versorgt“ werden könnten.

Als einen wichtigen Schritt zu mehr Qualität in der Krankenhausversorgung feiert das Bundesgesundheitsministerium das neue Gesetz. Qualitätsverbesserungen erhofft sich die Politik vor allem durch die Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowie durch die Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen. „Die Qualitätsorientierung ist im Prinzip richtig. Sie kann auf dem eingeschlagenen Weg



Foto: K. Friedrich

Dr. Günther Jonitz

aber nicht erreicht werden“, findet Günther Jonitz. So einfach, wie die Politik sich das vorstelle, lasse sich Qualität im komplexen System der Patientenversorgung eben nicht messen, sie lasse sich „allenfalls ermesen“, so Jonitz.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft fürchtet, dass die geplanten Qualitätsverbesserungen letztendlich zu mehr bürokratischem Aufwand führen werden. Denn in „keinem anderen Bereich des Gesundheitswesens werden in Deutschland bereits heute so umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen angewandt wie im Krankenhausbereich“. Die BKG erwartet wegen des „hohen Qualitätsniveaus der Berliner Krankenhäuser“ keine relevanten Abschläge in der Hauptstadt.

Auf Unverständnis stößt einhellig die gesetzliche Regelung, dass Krankenhäuser mit „schlechter Qualität“ erst einmal drei Jahre mit einem Qualitätsabschlag bestraft werden sollen, bevor sie „vom Netz genommen“ werden. „Krankenhäuser, die dauerhaft schlechte Qualität liefern, müssen ausnahmslos aus dem Krankenhausplan genommen werden“, fordert die vdek. „Völlig unverständlich“ findet auch Klinik-Geschäftsführer Mario Krabbe diese Regelung. Sie sei zudem widersprüchlich. „Wenn es der Politik

wirklich um die Verbesserung der Qualität gehen würde, würde sie keine Abschläge androhen. Es müsste ja im Gegenteil in qualitätsverbessernde Maßnahmen investiert werden und nicht noch Ressourcen abgezogen werden“, so Krabbe.

Eine weitere Regelung im Gesetz sorgt vor allem bei den Kassen für Enttäuschung: Zwar sollen künftig auch Qualitätssicherungs-Indikatoren bei der Krankenhausplanung mit berücksichtigt werden, die Länder können von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesaus-

Sonstige Änderungen

- **Ambulante Notfallversorgung:** Die sektorübergreifende Notfallversorgung soll gestärkt werden. Die KVen sollen hierzu in bzw. an Krankenhäusern Notdienstpraxen einrichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einbinden. Der Bewertungsausschuss muss außerdem bis Ende 2016 den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) überprüfen und die Vergütung nach Schweregrad der Fälle differenzieren.
- Der Investitionskostenabschlag bei ambulanten Leistungen wird gestrichen.
- Das Statistische Bundesamt ist beauftragt, einen Orientierungswert zu ermitteln, der die tatsächlichen Kostenstrukturen berücksichtigt und ab 2018 bei der Festsetzung des Landesbasisfallwerts eingesetzt werden kann.
- **Mengensteuerung:** Bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen gilt ab 2016 ein Zweitmeinungsverfahren. Zudem müssen die Vertragspartner auf Bundesebene bis 31. März 2016 die Bewertung von Leistungen mit „wirtschaftlich begründeten Fallzahlsteigerungen“ absenken oder abstaffeln. Zudem wird ab 2017 der Mehrleistungsabschlag durch einen Fixkostendegressionsabschlag ersetzt, der nicht mehr alle Krankenhäuser, sondern nur diejenigen trifft, die Mehrleistungen verursacht haben. Auf Landesebene sind Vereinbarungen dazu zu treffen. Bei Leistungen, die nicht mengenanfällig sind oder die durch Verlagerungen zwischen Kliniken entstehen, soll nur ein halber Abschlag angewandt werden. Welche Leistungen nicht mengenanfällig sind, wird von den Vertragsparteien auf Bundesebene bis Ende Juli 2016 festgelegt. Nicht vom Fixkostendegressionsabschlag betroffen sind nach dem Gesetz Leistungen bei Transplantationen, Polytraumata, bei Schwerbrandverletzten und der Versorgung von Frühgeborenen sowie Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln, Leistungen aufgrund von zusätzlich bewilligten Versorgungsaufträgen (für die noch keine Abrechnungsmöglichkeit bestand), Leistungen von krankenhauplanerisch ausgewiesenen Zentren, Leistungen mit abgesenkter Bewertung.
- Mehrerlösausgleich und Mehrleistungsabschlag finden keine Anwendung, wenn Leistungen für Asylbewerber erbracht werden.
- **Strukturfonds:** 500 Millionen Euro stellt der Bund aus dem Gesundheitsfonds zur Verfügung, damit Kliniken in andere Versorgungseinrichtungen wie Pflege- oder Reha-Zentren umgewandelt werden und stationäre Kapazitäten abgebaut werden können. Ebenfalls 500 Millionen Euro sollen die Länder zur Verfügung stellen.

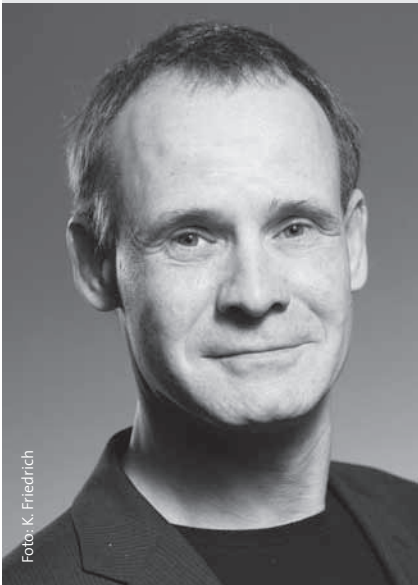


Foto: K. Friedrich

Dr. Thomas Werner

schusses (G-BA) aber ganz oder auch nur teilweise abweichen. „Viele optionale Kann-Regelungen werden es Ländern und Kliniken erlauben, wesentliche Qualitätselemente des Gesetzes gar nicht erst anwenden zu müssen“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost. „Bei der Qualitätsorientierung wird es nun entscheidend auf die Bereitschaft der Länder ankommen, die Vorgaben des Gesetzes auch in der Krankenhausplanung umzusetzen“, kritisiert Michael Domrös von der vdek-Landesvertretung. Die qualitätsorientierten Ansätze im aktuellen Berliner Krankenhausplan geben allerdings Hoffnung, „dass im Land Berlin offen und konstruktiv die Vorgaben der Bundesebene zum Wohl der Patienten realisiert werden“, so Domrös.

Weitergehende Verbesserungen an den Qualitätsberichten der Krankenhäuser fordert die AOK Nordost. Die bisherigen Informationen reichten bei weitem nicht aus und seien zudem nur bedingt aussagekräftig. „Wir benötigen endlich eine umfassende Transparenz über die tatsächlich vorgehaltenen Strukturen: Wie viele Fachärzte und Pflegekräfte gibt es in einer Abteilung vor Ort, gibt es ausreichend medizinisches Fachpersonal wie etwa Physiotherapeuten?“, so Frank Michalak.

Zur Qualitätssicherung ist im Krankenhausstrukturgesetz ferner festgelegt, dass Mindestmengen für bestimmte Leistungen nun rechtssicher ausgestaltet und festgelegt werden sollen. Diese „Fixierung auf Mindestmengen“ hält Jonitz für „gefährlich, da sie einen fundamentalen Anreiz leistet, diese Mindestmengen auch zu erbringen, selbst bei fraglicher Indikation“. Mit Förderung der Qualität habe es auch nichts zu tun, wenn bei besonders mengenanfälligen Leistungen die Einholung einer Zweitmeinung erlaubt wird. Hier spielten wohl eher Kostendämpfungsaspekte denn Qualitätssicherung eine Rolle. Generell sei es aber sinnvoll, bei den Mengenausweitungen anzusetzen. „Wir haben in den letzten Jahren die völlig verquere Entwicklung, dass DRG-System und Unterfinanzierung etc. dafür sorgen, dass die Krankenhäuser als einziger Wirtschaftszweig nicht nur ihr Angebot, sondern auch die Nachfrage beispielsweise über die Rettungsstellen selbst regulieren. Hier anzusetzen ist nicht völlig aus der Luft gegriffen“, so Jonitz.

Dass die ambulante Notfallversorgung angesichts der chronisch überlasteten Rettungsstellen auch in Berlin dringend reformbedürftig ist, zeigt die aktuelle Auseinandersetzung zwischen der KV Berlin und der Berliner Krankenhausgesellschaft nur zu deutlich. Hier könnte das KHSG sogar Ideengeber sein, da es die KVen verpflichtet, Notdienstpraxen in bzw. an den Krankenhäusern einzurichten oder vorhandene Notfallambulanzen der Krankenhäuser in den Notdienst einzubinden.

An vielen Stellschrauben müssen der Gemeinsame Bundesausschuss und die Selbstverwaltungen jetzt drehen. Was die Neuerungen aus dem KHSG für die Berliner Krankenhäuser finanziell bedeuten, wird sich erst ab dem kommenden Jahr zeigen, wenn die zahlreichen Arbeitsaufträge – etwa zur Festlegung der Indikatoren oder zur Höhe der Zu- und Abschläge (siehe Kästen) – abgearbeitet sein werden. Unterm Strich finden die Krankenkassen das Gesetz enttäuschend. „Der Zwang, etwas zu ändern, sich



Foto: Verband der Uniklinika Deutschland (VUD)

Ralf Heyder

zukunftsfähig aufzustellen, fällt relativ gering aus und wird wieder ein paar Jahre nach hinten geschoben“, sagt Michael Domrös von der vdek-Landesvertretung. Auch Ärztekammerpräsident Günther Jonitz vermisst eine klare Entscheidung des Gesetzgebers, „wohin der Weg gehen soll“. Modifizierungen seien sicher bald nötig.

Dringenden Regelungsbedarf sehen beispielsweise die Universitätsklinika bei ihren Extremkostenfällen. Es bestehe, so der Verband der Universitätskliniken Deutschlands (VUD), eine Finanzierungslücke von gut 100 Millionen Euro. Wie die Investitionsfördermittel habe der Gesetzgeber dieses Problem völlig ignoriert. „Hier werden zukünftige Reformen Abhilfe schaffen müssen“, sagt Ralf Heyder, Generalsekretär des VUD.

Das Reformkarussell im Gesundheitsbereich wird sich mit Sicherheit weiterdrehen. Für Mario Krabbe von der Park-Klinik in Weißensee bedeuten die „kurzlebige Politik und die sich permanent ändernden Gesundheitsstrukturgesetze“ nur eines: Die Unternehmensstrategie sollte sich davon auf jeden Fall nicht beeinflussen lassen.

Verfasserin:

Julia Frisch, Freie Journalistin

Delegierte bereiten außerordentlichen Deutschen Ärztetag auf

Bericht von der Delegiertenversammlung am 17. Februar 2016

Auf der Tagesordnung der Februar-Sitzung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin stand neben der Nachbereitung des außerordentlichen Deutschen Ärztetages und der Wahl der Delegierten bzw. deren Stellvertreter für den regulären Deutschen Ärztetag im Mai das Thema Weiterbildung. Dabei wurden Prüfer für die Weiterbildungsprüfungen und für die Fachsprachprüfungen (s. auch S. 30) nachgewählt. Außerdem berichtete der Ombudsmann für Weiterbildungsfragen kurz von seiner Tätigkeit.

Von Sascha Rudat

Bei der Nachbereitung des außerordentlichen Deutschen Ärztetages am 23.01.2016 zur GOÄ-Novelle (s. Titelthema Heft 3/2016) berichtete Vizepräsident Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) von seinen Eindrücken: „Ich habe noch nie eine Rede gehalten, zu der ich so viele Rückmeldungen bekommen habe. Das Thema GOÄ wühlt eine Menge auf im Land.“ Gleichzeitig bemängelte Wille die Sitzungsleitung des außerordentlichen Deutschen Ärztetages. Dass der Präsident des Deutschen Ärztetages, Frank Ulrich Montgomery, auch noch eine Rede hielt, „fand ich nicht sehr fair.“ Zudem habe ihn die Redezeitbegrenzung für die Beiträge der Delegierten auf zwei Minuten sehr enttäuscht. Dennoch zeigte sich Wille zufrieden. „Ich glaube, es war gut, dass wir diesen Ärztetag durchgeführt haben“, fasste er zusammen. Die Problematik der Änderung der Bundesärzteordnung sei vielen erst dadurch bewusst geworden.

Dem stimmte Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) zu: „Bei diesem Thema braucht man eine Legitimation durch den Deutschen Ärztetag. Ich kann mit dem Ergebnis gut leben.“ Zugleich nannte Jonitz den außerordentlichen Deutschen Ärztetag einen „Tiefstand“.

Diesen Eindruck teilten andere Delegierte. So Matthias Lohaus (Allianz Berliner Ärzte): „Ich fand die Führung des Ärztetages in höchstem Maße subjektiv. Das war eine Farce.“

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) sagte: „Über die demokratischen Gepflogen-

heiten von Deutschen Ärztetagen kann man lange diskutieren. Überrascht sollten wir nicht sein. Das steht in einer bestimmten Tradition.“ Jetzt habe man die Situation, dass eine starke demokratische Legitimation für die GOÄ-Novelle in der geplanten Form bestehe.

Vorstandsmitglied Bernd Müller (Allianz Berliner Ärzte) zeigte sich von der Kürze des außerordentlichen Deutschen Ärztetages überrascht. „Das überschreitet die Grenze der Demokratie. Ich hoffe noch ein bisschen auf den Nachhall. Wir sollten weiter Kritik üben.“

Vorstandskollege Harald Mau (Allianz Berliner Ärzte) ergänzte: „Für mich war dieser Ärztetag der deprimierendste bisher. Die Verhandlungsführung war höchst manipulativ. Das war ein Possenspiel.“ Es sei aber vollkommen unangebracht, jetzt in einer Demuthaltung aufzutreten.

Ellis Huber (Fraktion Gesundheit) erklärte: „Ich habe 30 Jahre Erfahrung mit Deutschen Ärztetagen. Ich habe das nie mit Demokratie verwechselt. Das war schon immer eine Inszenierung.“ Er mache sich vor allem Sorgen um das öffentliche Ansehen der Ärzteschaft und die Diskussionskultur.

Herbert Menzel (Fraktion Gesundheit) sagte in Richtung Kammervorstand, dass in den vergangenen Jahren hätte auffallen müssen, in welche Richtung die Bundesärztekammer mit der GOÄ-Novelle gehe. „Wir stehen dumm da, weil nicht aufgepasst wurde.“



Vizepräsident Wille betonte, ihm wie auch anderen habe die Vorstellungskraft gefehlt, dass es zu solch tiefgreifenden Änderungen an der Bundesärzteordnung kommen soll. Es sei immer von der Änderung der Gebührenordnung die Rede gewesen. In dieser Hinsicht habe er sich wie auch die gesamte Ärzteschaft täuschen lassen.

Katharina Thiede (Fraktion Gesundheit) betonte, dass es jetzt gelte, auch bei anderen Themen wie bei der Novelle der Musterweiterbildungsordnung wachsam zu sein.

Anja Dippmann (Marburger Bund) regte darüber hinaus an zu überlegen, eine Änderung der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages anzustreben.

Weitere Informationen zum außerordentlichen Deutschen Ärztetag finden Sie unter:

www.aerztekammer-berlin.de/sonderaerztetag

Vor dem Deutschen Ärztetag

Da in diesem Jahr in besonderem Maße gilt, dass nach dem Ärztetag vor dem Ärztetag ist, stand auch die Wahl der Berliner Delegierten und ihrer Stellvertreter für den regulären 119. Deutschen Ärztetag vom 24. bis 29. Mai 2016 in Hamburg auf der Tagesordnung. Nachfolgende Liste wurde einstimmig gewählt.

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Roland Urban	Ralph Drochner
2.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Klaus-Peter Spies	Dr. med. Bernd Müller
3.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Matthias Lohaus	Dr. med. Regine Held
4.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Svea Keller	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz
5.) Hartmannbund	Dr. med. Daniel Peukert	Miriam Vosloo
6.) Fraktion Gesundheit	Katharina Thiede	Dr. med. Herbert Menzel
7.) Fraktion Gesundheit	Julian Veelken	Dr. med. Charlotte Hillmann
8.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Ellis E. Huber	Dr. med. Wolfram Singendonk
9.) Fraktion Gesundheit	Caroline Meller	Dr. med. Stefan Hochfeld
10.) Hausärzte in Berlin	Doris Höpner	Bettina Linder
11.) Marburger Bund	PD Dr. med. Peter Bobbert	Kai Sostmann
12.) Marburger Bund	Dr. med. Werner Wyrwich	Dorothea Spring
13.) Marburger Bund	Dr. med. Thomas Werner	Dr. med. Valerie Kirchberger
14.) Marburger Bund	Dr. med. Klaus Thierse	Dr. med. Matthias Albrecht
15.) Marburger Bund	Dr. med. Anja Dippmann	Dr. med. Raimund Ordyniak

Weiterbildung: Wenig Konflikte?

Unter dem Tagesordnungspunkt Weiterbildung wurden Prüfer für die Weiterbildungsprüfungen sowie für die Fachsprachprüfungen nachgewählt. Beide Anträge wurden einstimmig angenommen.

Im Anschluss erhielt Ombudsmann Johannes Bruns das Wort. Der Facharzt für Innere Medizin sowie Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie war von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 04.03.2015 als Vertrauensperson (Ombudsmann) in Weiterbildungsfragen der Ärztekammer Berlin gewählt worden. Bruns berichtete, dass im vergangenen Jahr nur wenige Anfragen bei ihm eingegangen seien.

Diese habe er meist relativ kurzfristig telefonisch klären können. Herbert Menzel wunderte sich darüber, dass es nicht mehr unzufriedene Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gebe, die sich an den Ombudsmann wenden. Julian Veelken äußerte die Vermutung, dass die Stelle des Ombudsmanns zu wenig bekannt sei. Seine Kontaktdaten finden Sie im nebenstehenden Kasten.

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **6. April 2016** um 20.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich.

Kontakt zum Ombudsmann für Weiterbildungsfragen

Ärztinnen und Ärzte können sich unter folgenden Kontaktdaten an den Ombudsmann wenden:

E-Mail: ombudsmann@aekb.de

Tel.: 030/40806-1101
(Sekretariat Abteilung Weiterbildung/
Ärztliche Berufsausübung)

Ärztekammer Berlin
Ombudsmann
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Der Ombudsmann behandelt sämtliche Anfragen vertraulich.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Fünzig statt fünf

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 27 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 Berichts- und Lernsystem, sondern leiten Berichte aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System) weiter. So werden in anonymisierter Form 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. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Aus der Intensivmedizin wird das folgende Ereignis berichtet:

Einem älteren Patienten werden versehentlich 50 statt 5 mg Bisoprolol verordnet. Der Pflege-Nachtdienst stellt die Tabletten trotz der hohen Menge. Die Frühdienstpflegekraft erkundigt sich beim Arzt, ob der Patient „die 50 Bisoprolol“ erhalten soll, was bejaht wird. Der Patient erhält daraufhin die 50 mg. Bei der späteren Durchsicht der Medikamente fällt die zu hohe Dosierung auf.

(Zu diesem Zeitpunkt unbeabsichtigte) Konversion des vorbestehenden Vorhofflimmerns in langsamen Sinusrhythmus. Erhöhter Überwachungsaufwand. Zum Glück keine weiteren Bradykardien. Gründe:

1. Übertragungsfehler: tägliche handschriftliche Verordnung der Medikamente. Versehentlich wird 50 statt 5 aufgeschrieben. Die hohe Dosis wird kritisch vom Pflege-Nachtdienst gestellt.
2. Gedankliche Verwechslung mit 50 mg Metoprolol. Unaufmerksamkeit. Vier-Augen-Prinzip deshalb hier unwirksam.
3. Patient mit hoher Compliance, nimmt was ihm verordnet wird.
4. Pflegepersonal hinterfragt die viel zu hohe Dosierung nicht mit ausreichendem Nachdruck. Keine Fachpflegekraft. Möglicherweise Hierarchiephänomen.
5. Die morgendliche Visite fand noch mit Vortageskurve statt (mit der korrekten Dosierung).

Mögliche Prävention: Vermeidung durch elektronische Medikationshilfe, elektronische ITS-Kurve oder strukturiertere Medikamentenvisite.

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

Vermutlich ist bei der Übertragung der Anordnung 50 statt 5 geschrieben worden. Wegen der ungewöhnlichen Dosis von 10 Tabletten fiel der Fehler auf.

Kontrolle oder Vier-Augen-Prinzip? In unserem Fall hat die Kontrolle vor der Verabreichung des Medikaments eigentlich funktioniert:

- Die vom Nachtdienst gestellten Medikamente wurden noch einmal von der verabreichenden Schwester geprüft und für potentiell fehlerhaft befunden. Daher fragt sie noch einmal nach.

Warum aber hat diese Rückfrage beim ärztlichen Dienst nicht zur Aufdeckung des Fehlers geführt?

- Es kann an der Art und den Umständen der Fragestellung liegen: Die Frage („Soll Patient X 50 Bisoprolol erhalten?“) konnte (und sollte) nur mit Ja oder Nein beantwortet werden. Vielleicht wurde nur „Bisoprolol“ verstanden und daher die Frage bejaht. Oder der verordnende Arzt hat an Metoprolol gedacht (50 mg sind dann eine normale Dosierung).



NETZWERK CIRS BERLIN

- Auf die bejahende Antwort des Arztes verabreicht die Pflegekraft daher trotz der genannten Bedenken die zehn Tabletten und der Patient nimmt alle Medikamente, die man ihm reicht.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Bei Unklarheiten richtig rückfragen – wie geht das? Denn fragen ist nicht gleich fragen!

- Bei einer offenen Frage vermeidet man eine schnelle Antwort und fordert eine gut überlegte Rückmeldung ein. So muss der befragte Arzt auf die Frage „In welcher Dosierung soll der Patient das Bisoprolol erhalten?“ möglicherweise in die Kurve sehen und ggf. eine Entscheidung treffen. Das fordert andere kognitive Prozesse als ein „Ja“ auf die Frage „Ist das richtig?“.
- Das Vier-Augen-Prinzip heißt immer, dass zwei Personen unabhängig voneinander z. B. eine Anordnung überprüfen, etwa in der oben aufgeführten Weise.
- In jedem Fall sollte die fragende Person auf den Hintergrund der Nachfrage hinweisen und genau die Unsicherheit benennen, die sie nachfragen lässt: Z. B.: „Ich bin unsicher, ob ich wirklich ZEHN Tabletten geben soll.“ oder „50 mg bedeutet, dem Patienten das zehnfache der üblichen Dosierung zu geben.“

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 125936 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
06.04.2016 und 11.05.2016	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	6 P
11.04.2016 25.05.2016	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Kein Teilnehmerentgelt	keine
21.04.–23.04.2016 16.06.–18.06.2016 08.09.–10.09.2016 25.11.2016	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Organisation und Anmeldung: Corina Hasenbeck, Tel.: 030 / 408 06-12 05 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de	80 P
22.04.2016	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 60 €	4 P
22.04.–23.04.2016	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 250 € Kombipreis mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 €	16 P
30.04.2016	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
Zeitraum: 09.05.–01.07.2016 Präsenztage: 03.06.2016 und 01.07.2016	Gesundheitsförderung und Prävention strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: E-Mail: s.zippel@aekb.de Informationen zum Inhalt: Frau Nehr Korn, Tel: 030 / 408 06-12 11 Teilnehmerentgelt: 650 €	33 P
13.06.–15.06.2016	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
15.06.–17.06.	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Jeder Arzt, jede Ärztin, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren 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 ein Gewinn für die Patienten und für Ärzte und das Behandlungsteam.

Die Teilnehmenden erarbeiten aktiv Gesprächs- und Aufklärungskonzepte für (Erst-) Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten Simulationspatient/innen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 15.07.2016 bis Samstag 16.07.2016

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp; Herr Prof. Dr. med. Sehoul
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Anmeldung: Es können maximal 15 Personen an der Veranstaltung teilnehmen und die Teilnahme kostet 290 Euro. Eine Anmeldung ist möglich unter: Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de Anerkannt mit **17 Fortbildungspunkten**.

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner
CIRS-Teams

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 der 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, die Methode der Fallanalyse an einem Beispiel und Risikobewertung. Zudem die Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen und Kommunikation der Ergebnisse/Feedback.

Termin: 12.05.2016, 9:00 bis 16:15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt.
Tel.: 030 / 408 06-14 02, E-Mail: e.hoehne@aekb.de. Anerkannt mit **10 Fortbildungspunkten** der Ärztekammer Berlin und **8 Fortbildungspunkten** der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

Berliner Ärzte auch im Internet:

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.

Zeitraum: 09.05.2016 bis 01.07.2016

Selbstlernphasen: 09.05.2016 bis 29.05.2016
04.06.2016 bis 26.06.2016

Präsenztage: 03.06.2016 und 01.07.2016
08:30 Uhr bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und um eine Anmeldung wird per E-Mail an Sandra Zippel: s.zippel@aekb.de gebeten. Weitere Informationen zum Inhalt erhalten Sie bei Manja Nehr Korn, Tel.: 030 / 408 06-12 11. Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten**.

Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es u. a. bei der Bearbeitung von Schadenfällen, CIRS-Berichten und Fällen in Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen (M&M-Konferenzen).

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten in der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

Termin: Die Blended Learning-Fortbildung wird in zwei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.11.-30.11.2016

Präsenz-Modul: 01.12.-03.12.2016

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Elke Höhne, Tel.: 030 / 408 06-14 02, E-Mail: e.hoehne@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Termine Theoriekurs: jeweils mittwochs 19 bis 21.15 Uhr
06.04.2016 und 11.05.2016

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro.

Tel.: 030 / 408 06-12 03, E-Mail: a.hellert@aekb.de.

Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2016 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 19.09. bis 24.09.2016
Präsenzwoche 2: 31.10. bis 05.11.2016
Präsenzwoche 3: 12.12. bis 17.12.2016
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation),
Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2016@aekb.de

Achtung – Auslaufen von Übergangsfristen

Für das Gebiet Chirurgie

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Gebiet Chirurgie, die eine Facharztanerkennung für Chirurgie nach der **Weiterbildungsordnung (WBO) von 1994** besitzen, haben gemäß einer Übergangsregelung die Möglichkeit, die Weiterbildung in einem Schwerpunkt innerhalb einer Frist von zehn Jahren nach Inkrafttreten der WBO von 2004 nach den Bestimmungen der WBO der Ärztekammer Berlin von 1994 abzuschließen. Dies gilt für die chirurgischen **Schwerpunkte** Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie oder Viszeralchirurgie.

Für das Gebiet Innere Medizin

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin, die eine Facharztanerkennung für Innere Medizin nach der **Weiterbildungsordnung (WBO) von 1994** besitzen, haben gemäß einer Übergangsregelung die Möglichkeit, die Weiterbildung in einem Schwerpunkt innerhalb einer Frist von zehn Jahren nach Inkrafttreten der WBO von 2004 nach den Bestimmungen der WBO der Ärztekammer Berlin von 1994 abzuschließen. Dies gilt für die internistischen **Schwerpunkte** Angiologie, Endokrinologie, Gastro-

enterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie.

Anträge gemäß dieser Übergangsvorschrift müssen spätestens bis zum **12. April 2016** gestellt werden. Für eine Anerkennung nach den Übergangsregelungen ist zu beachten, dass die Erfüllung der Mindestweiterbildungszeiten und -inhalte ebenfalls bis zu diesem Datum nachgewiesen werden muss.

Für die Antragstellung nutzen Sie bitte das online-gestützte Verfahren auf unserer Internetseite:

http://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/13bAntragstellung/index.html

Der elektronische Arztausweis (eA): Wer braucht ihn wann wofür?



Das E-Health-Gesetz sieht zukünftige Fördermöglichkeiten und Einsatzpflichten für den elektronischen Arztausweis vor; aber nicht für alle Arztgruppen und nicht für alle zugleich.

Was Sie wissen sollten!

Der elektronische Arztausweis: Was ist das?

Der elektronische Arztausweis vereint die Funktion eines klassischen Sichtausweises mit folgenden technischen Besonderheiten:

1. Authentifikation: elektronisches Ausweisen gegenüber IT-Systemen
2. Digitale Signatur: rechtssicheres Unterschreiben von elektronischen Dokumenten
3. Ver-/Entschlüsselung: sicherer Leseschutz für elektronische Dokumente.

Warum brauche ich den elektronischen Arztausweis?

Weil es im Gesetz steht: Nach Inkrafttreten des sog. E-Health-Gesetzes, mit dem auch einschlägige Normen des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB-V) neu gefasst worden sind, ist die Einführung der Telematik-Infrastruktur nicht mehr eine Frage des „Ob“, sondern des „Wann“. Der Gesetzgeber hat einzelne gesundheitstelematische Anwendungen in der vertragsärztlichen Versorgung bereits fest vorgesehen. Dies betrifft insbesondere:

1. Modernes Versichertenstammdatenmanagement

Die Einführung eines modernen Versichertenstammdatenmanagements ist zum 01.07. 2016 geplant. Zu diesem Zeitpunkt werden die dafür erforderlichen technischen Dienste (Konnektor, Anbindung an die Telematik-Infrastruktur) aller Voraussicht nach aber noch nicht zur Verfügung stehen. Die Umsetzung wird sich demnach verzögern. Demgemäß sind erst ab dem 01.07.2018 pauschale Kürzungen der

Vergütung von Ärzten vorgesehen, die die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten nicht unterstützen.

2. Medikationsplan

Ab dem 01.10.2016 besteht ein Anspruch des Patienten auf einen Medikationsplan in Papierform, wenn drei oder mehr Arzneimittel einzunehmen sind. Ab 2018 soll der Medikationsplan auch elektronisch von der Gesundheitskarte abrufbar sein. Zugleich wird die Anlage und Pflege eines Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte nach dem EBM abrechenbar sein.

3. Finanzielle Förderung der elektronischen Versendung von Arztbriefen

Die besondere finanzielle Förderung der elektronischen Versendung von Arztbriefen, die mit der qualifizierten elektronischen Signatur des elektronischen Arztausweises versehen sind, ist ab dem 01.01.2017 für ein Jahr vorgesehen. Vertragsärzte sollen innerhalb dieses Zeitraums die Möglichkeit haben, die Versendung eines elektro-

nisch verschickten Arztbriefs abzurechnen, obwohl kein Briefporto anfällt. Interessant ist das vor allem für Vertragsärzte, die täglich eine Vielzahl von Arztbriefen schreiben und versenden, insbesondere Labormediziner, Radiologen, Kardiologen etc.

4. Medizinische Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte

Ab dem 01.01.2018 wird die Anlage und Pflege von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte für alle Vertragsärzte nach dem EBM abrechenbar. Interessant ist das vor allem für Vertragsärzte, die Grunderkrankungen erfassen, insbesondere Hausärzte, Kinderärzte, Internisten etc.

5. Elektronische Patientenakte

Ab dem 01.01.2019 soll Patienten die elektronische Patientenakte zur Verfügung gestellt werden.

Weitere Informationen zu den einzelnen Anwendungen und Anforderungen geben wir Ihnen gerne zu gegebener Zeit.

Wann und wofür brauche ich den elektronischen Arztausweis?

Einsatznotwendigkeiten eA im Überblick		
Maßnahme nach dem E-Health-Gesetz	Termin	eA notwendig
Anschluss aller Praxen und Krankenhäuser an die Telematik-Infrastruktur	ab 01.07.2016	Nein
Erstellung/Pflege des Medikationsplans auf Papier	01.10.2016	Nein
Elektronische Versendung von Arztbriefen	01.01.2017	Ja
Notfalldatenmanagement auf der elektronischen Gesundheitskarte	01.01.2018	Ja
Erstellung/Pflege eines elektronischen Medikationsplans mittels elektronischer Gesundheitskarte	01.01.2018	Ja
Pflicht für Vertragsärzte, Versichertenstammdatenmanagement durchzuführen	01.07.2018	optional
Erstellung/Pflege von elektronischen Patientenakten	01.01.2019	Ja

Wer ist zuständig?

Die Ärztekammer Berlin ist für die Herausgabe von elektronischen Arzt- ausweisen an Berliner Ärztinnen und Ärzte zuständig. Ihre Verantwortung be- steht vor allem in der Bestätigung der Eigenschaft Arzt, der Überwachung die- ser Eigenschaft sowie der Betreuung der Kammermitglieder im Rahmen des Antragsverfahrens.

Die Ärztekammer Berlin arbeitet bei der Herausgabe mit sogenannten Zertifizie- rungsdiensteanbietern (ZDA) zusammen, die die Ausweise produzieren und die technischen Leistungen bereit- und si- cherstellen. Zurzeit ist ein ZDA für die Produktion elektronischer Arzt- ausweise zugelassen; hierbei handelt es sich um die Firma „medisign“. Es werden voraus- sichtlich zwei weitere Anbieter hinzu- kommen. Es ist auch damit zu rechnen, dass die ZDA in Kürze Einstiegsangebote offerieren werden.

Was ist grundsätzlich zu bedenken?

Sie erwägen den Erwerb eines elektroni- schen Arzt- ausweises? Bedenken Sie bitte Folgendes:

1. Der elektronische Arzt- ausweis kostet Geld, und zwar monatlich; die Entgelte sind an den ZDA zu leisten.
2. Der elektronische Arzt- ausweis funkti- oniert nur mit einem Kartenlesegerät, einer Anwendungssoftware sowie ggf. einer separaten sog. Signaturan- wendungskomponente für die Erzeu- gung digitaler Signaturen. Die elektro- nische Arzt- briefschreibung erfordert darüber hinaus einen sicheren (ver- schlüsselten) Transportweg zum Emp- fänger. Auch diese Komponenten ver-

ursachen Erwerbs- und Unterhaltungs- kosten sowie Anbindungsaufwand.

Warum kommt der elektronische Arzt- ausweis für mich bereits jetzt in Betracht?

Der elektronische Arzt- ausweis wird ebenso wie die Telematik-Infrastruktur kommen. Ich möchte mich frühzeitig vorbereiten und den Umgang mit dem neuen Medium und den dazugehörigen Komponenten erproben. Zudem er- wäge ich den Einsatz des elektronischen Arzt- ausweises bereits ab dem 01.01.2017 zur elektronischen Versendung von Arzt- briefen, weil ich die dafür vorgese- hene Förderung in Anspruch nehmen möchte. Einem eventuellen Antrags- stau am Jahresende komme ich zuvor, so dass ich den Ausweis bereits zu Beginn des Förderzeitraumes nutzen kann.

Brauche ich den elektronischen Arzt- ausweis zwingend sofort?

Nein.

Wie stelle ich den Antrag auf einen elektronischen Arzt- ausweis?

Es gibt zwei Möglichkeiten der Antragsstellung.

Für beide Antragsvarianten gilt: Je aktueller Ihre Stammdaten in der Ärztekammer Berlin sind, desto kom- plikationsloser verläuft das Antrags- verfahren. Wir empfehlen Ihnen daher, vorab Ihre persönlichen Daten mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Kammermitgliedschaft, Berufsbildung, EU- und Kammerrecht

oder innerhalb des Mitgliederportals auf Richtigkeit und Vollständigkeit zu prüfen, damit Sie bei der Antragstellung nicht ggf. auf Probleme stoßen.

Die Antragsverfahren im Einzelnen:

1. Antragsverfahren mit Identifikation in einer Filiale der Deutschen Post

Bitte nutzen Sie auf unserer Home- page das Formular „eA - Übertragung persönlicher Daten an ZDA“ zum Anstoßen des Antragsprozesses. Nachdem wir Ihre Nachricht erhalten haben, werden wir dem ZDA Ihre per- sönlichen Daten für die Vorbefüllung Ihres Antrages auf Ausstellung eines Arzt- ausweises zur Verfügung stellen und Ihnen eine Antragsnummer zu- kommen lassen. Damit können Sie Ihren Antrag online einsehen und vervollständigen.

Mit den ausgedruckten Antrags- unterlagen lassen Sie sich dann bitte in einer Postfiliale im sog. PostIdent- Verfahren identifizieren. Im Zuge des- sen leitet die Post Ihren Antrag an die Ärztekammer Berlin weiter. Hier wird er geprüft und Ihr Ausweis zur Produktion freigegeben.

2. Antragsverfahren mit Identifikation in der Ärztekammer Berlin

Bitte vereinbaren Sie mit uns einen persönlichen Termin für die Antrag- stellung. Die Rufnummer des für Sie zuständigen Mitarbeiters finden Sie auf unserer Homepage. Vor Ort be- gleiten Sie die Mitarbeiter dann durch den Antragsprozess und nehmen da- bei auch die nach dem Signaturgesetz erforderliche Identifikation im sog. KammerIdent-Verfahren vor; Sie er- halten zudem alle weiteren notwen- digen Informationen.

Ärztammer Berlin führt Fachsprachprüfungen erfolgreich durch

Die Ärztekammer Berlin hat seit August vergangenen Jahres erfolgreich 81 Fachsprachprüfungen für aus dem Ausland stammende Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Dabei bestanden 76 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Prüfung. Bei der Altersverteilung macht die Gruppe der 20- bis 29-Jährigen den größten Anteil aus. Die Anzahl der männlichen Teilnehmer ist bisher höher als die Zahl der Frauen. Hinsichtlich der Staatsangehörigkeit überwiegen die Länder des Nahen Ostens, insgesamt wurden 25 Länder registriert. Aktuell steigt die Zahl der Prüfungen deutlich an.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, erklärte zu den Prüfungen: „Sprache und Kommunikation sind die wichtigsten Instrumente des Arztes. Nur wenn Ärztinnen und Ärzte mit ihren Patienten klar kommunizieren können, ist eine erfolgreiche und sichere Behandlung der Patienten möglich. Ärztinnen und Ärzte müssen sich außerdem mit ihren Kollegen in Wort und Schrift verständlich austauschen können. Andernfalls kann dies fatale Folgen haben. Darüber hinaus ist Sprachkompetenz der Schlüssel zu einer erfolgreichen Integration in das ärztliche Berufsleben in Deutschland. Mit der Durchführung der Fachsprachprüfungen liefert die Ärzte-

kammer Berlin einen weiteren wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der ärztlichen Behandlung. Wir sind froh, dass die Politik dieses wichtige Thema schnell aufgegriffen und mit Hilfe der Ärztekammern erfolgreich umgesetzt hat.“

Hintergrund

Jahr für Jahr kommt eine große Anzahl ausländischer Mediziner nach Deutschland mit dem Ziel, hier ärztlich tätig zu werden. Die Zahl ausländischer Ärzte, die in Deutschland berufstätig sind, steigt kontinuierlich an: 1993 waren es 10.275, 2000 schon 11.651, im Jahr 2007 bereits 16.818 und 2014 insgesamt 34.706 (Quelle:

Ärzttestatistik 2014 der Bundesärztekammer). Der Anteil der aus dem europäischen Ausland kommenden Ärzte ist dabei am größten.

Eine der wichtigsten Hürden für die berufliche Integration stellt die Sprache dar. Sich mit dem Patienten, wie auch mit ärztlichen Kollegen sicher verständigen zu können, ist eine grundlegende Voraussetzung für die Tätigkeit als Arzt. Verständigungsprobleme können fatale Konsequenzen haben. In der Bundesärzteordnung ist festgelegt, dass Personen für die Erteilung einer Approbation oder Berufserlaubnis über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen müssen (§ 3 (1) Ziffer 5 BÄO).

Über lange Zeit galten allgemeinsprachliche Zertifikate und Diplome auf B2-Niveau als ausreichend für die Sprachkompetenz. Kammerpräsident Jonitz hatte jedoch bereits Ende 2012 in einem weithin beachteten Radiointerview auf die zunehmenden Sprachprobleme ausländischer Ärztinnen und Ärzte aufmerksam gemacht. In der Folge stuften die Gesundheitsminister diese Anforderung als ungeeignet ein und beschlossen im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 26./27. Juni 2014 „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen“. Danach müssen Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wie auch Apotheker, die eine Approbation beantragen und nicht zweifelsfrei Deutsch fließend in Wort und Schrift beherrschen oder ihre Ausbildung in deutscher Sprache absolviert haben, die deutschen Sprachkenntnisse, die für die Berufsausübung erforderlich sind, nachweisen. Für Ärzte ist das Sprachniveau für die Fachsprachkenntnisse auf C1 festgelegt worden.

In Berlin liegt die Zuständigkeit für das Approbationsverfahren beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo). Die Prüfung der Fachsprachkenntnisse von Ärzten aus dem Ausland (Fachsprachprüfung) übernimmt das LAGeSo jedoch nicht selbst. Diese spezifische Aufgabe



Prüfungskandidat Siddigul Haque (stammt aus Bangladesch, seit 2003 in Deutschland) spricht mit Simulationspatient Steven Scholz (li.). Sprachwissenschaftlerin Susanne Junghans (z. v. l.) und die ärztliche Prüferin Dr. Katharina Feuz beobachten das Gespräch.

wurde der Ärztekammer Berlin zum 11. August 2015 von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales übertragen. Das LAGeSo ist der Ansprechpartner für alle Fragen zum Approbationsverfahren. Die Entscheidung, ob Fachsprachkenntnisse nachzuweisen sind, liegt somit beim LAGeSo. Ist dies der Fall, wird der Nachweis der bestandenen Fachsprachprüfung in der Eingangsbestätigung vom Antragsteller gefordert. Unter Vorlage dieser Eingangsbestätigung erfolgt die Anmeldung zur Fachsprachprüfung bei der Ärztekammer Berlin. Für die Wahrnehmung der Fachsprachprüfung ist eine Gebühr in Höhe von 420 Euro zu zahlen.

Ablauf der Prüfung

Innerhalb der Ärztekammer Berlin obliegt der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung die Vorbereitung, Organisation und Begleitung der Durchführung der Fachsprachprüfungen. Für die Fachsprachprüfung selbst wurden im Eckpunktepapier der GMK Mindestanforderungen festgelegt, die bei der Konzeption zu berücksichtigen waren. Auch die Dreiteilung der Prüfung ist vorgegeben:

1. simuliertes Arzt-Patienten-Gespräch (20 Minuten)
2. schriftliche Zusammenfassung (Dokumentation) dieses Gesprächs (20 Minuten)
3. Arzt-Arzt-Gespräch (20 Minuten)

Verschiedene Prüfungsfälle wurden mit Vorgaben für die Anamnese entwickelt. Die Fälle stellen typische hausärztliche Fallkonstellationen dar. Für jede Prüfung wird einer dieser Prüfungsfälle im Rahmen der Prüfungsvorbereitung ausgewählt.

Im ersten Teil, also im simulierten Arzt-Patienten-Gespräch, führt der Prüfungskandidat mit einem Simulationspatienten – diese Rolle übernimmt eine externe Person – ein Anamnesegespräch. Die Prüfer nehmen dabei eine beobachtende Rolle ein. Die im Gespräch mit dem Patienten gewonnenen Informationen werden anschließend durch den Prüfungskandidaten in einem Kurzbericht zusam-

mengefasst. Dafür wird eine Vorlage, elektronisch oder alternativ auf Papier, zur Verfügung gestellt. Diesen Teil absolviert der Prüfungskandidat für sich. Er kommt anschließend in den Raum mit den Prüfern zurück, denen der Anamnesebogen vorgelegt wird. Einer der Prüfer führt schließlich mit dem Prüfungskandidaten ein kollegiales Gespräch über den Fall. Abschließend muss der Prüfungskandidat fünf gebräuchliche medizinische Fachbegriffe erklären. Zur Auswertung stehen den Prüfern standardisierte Bewertungsbögen für die drei Prüfungsteile zur Verfügung. Die Prüfung ist bestanden, wenn mindestens eine bestimmte Punktzahl (60 % der Maximalpunktzahl) erreicht wurde.

Für den Fall, dass die Prüfung nicht bestanden wird, kann die Prüfung wiederholt werden. Die Anzahl der Wiederholungsprüfungen ist nicht begrenzt.

Die Prüfungen werden von gewählten, ehrenamtlich tätigen Prüfern abgenommen, die vor ihrem ersten Einsatz eine Prüferschulung absolvieren. Die Eckpunkte der GMK sehen ausdrücklich auch den Einsatz von Sprachwissenschaftlern vor, solange mindestens ein Arzt dem Prüfungsausschuss angehört. Die Ärztekammer Berlin besetzt die Prüfungsausschüsse soweit möglich interdisziplinär mit einem Arzt und einem Sprachwissenschaftler. Dieses Vorgehen hat sich in der Praxis bewährt, weil sich auf diese Weise die Kompetenzen der Prüfer ideal ergänzen.

Um die Zeit der Prüfer optimal zu nutzen und den Prüfungsablauf so effizient wie möglich zu gestalten, werden die Prüfungen zeitlich versetzt durchgeführt.

Während Prüfungskandidat 1 das zuvor geführte Gespräch mit dem Simulationspatienten dokumentiert, erfolgt vor dem gleichen Prüfungsausschuss das simulierte Arzt-Patienten-Gespräch durch Prüfungskandidat 2. Während dieser wiederum sein Gespräch in einem anderen Raum schriftlich dokumentiert, wird mit Prüfungskandidat 1 das Arzt-Arzt-Gespräch geführt. Auf diese Weise nimmt ein Prüfungsausschuss zwischen 8 und 18 Uhr insgesamt 8 Prüfungen ab. Über das Ergebnis der Fachsprachprüfung erhält der Prüfungskandidat eine Bescheinigung. Die Ärztekammer Berlin informiert zusätzlich das LAGeSo, wer und mit welchem Ergebnis eine Fachsprachprüfung abgelegt hat. Die Fachsprachprüfungen finden in der Regel einmal im Monat statt, jeweils an einem bzw. bei Bedarf auch an zwei oder drei Tagen (Donnerstag bis Samstag). Darüber hinaus können mehrere Prüfungsausschüsse parallel und/oder zeitlich versetzt an einem Tag eingesetzt werden, um damit die zu erwartende steigende Zahl an Anmeldungen bewältigen zu können.

Für die Evaluation und Prozessoptimierung wurde ein Fachsprachausschuss als ehrenamtliches Gremium berufen, zu dessen Aufgabe es auch gehört, Prüfungsfälle zu beschließen.

Alle wichtigen Informationen zur Fachsprachprüfung, aber auch die Möglichkeit, sich online anzumelden, finden sich auf der Homepage der Ärztekammer Berlin.

Dr. med. Catharina Döring-Wimberg
Leiterin der Abteilung Weiterbildung/
Ärztliche Berufsausübung
Ärztekammer Berlin

Volle Transparenz beim Krebs-Screening

Es ist an der Zeit für objektive Aufklärung anstelle zweifelhafter Überzeugungstaktiken

Gerd Gigerenzer Direktor, romley@healthpolicy.usc.edu

Harding-Zentrum für Risikokompetenz und Forschungsbereich Adaptives Verhalten und Kognition,
Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Berlin

Beim Krebs-Screening werden zweifelhafte Kommunikationsstrategien verfolgt: Der Nutzen wird überbetont, und die Gefahren werden kleingeredet. Es werden verschiedene Überzeugungstaktiken angewendet. So wird etwa der Begriff „Prävention“ anstelle von „Früherkennung“ verwendet, wodurch fälschlicherweise suggeriert wird, dass das Screening das Risiko reduziere, an Krebs zu erkranken. Es wird die Senkung des relativen, nicht des absoluten Risikos angegeben, was den Nutzen größer erscheinen lässt, als er tatsächlich ist.¹ Und der Verweis auf einen Anstieg der 5-Jahres-Überlebensraten impliziert fälschlicherweise, dass dieser mit einer Abnahme der Mortalität korreliert.² Prasad et al. zeigen eine weitere irreführende Praxis auf: die Behauptung, dass das Screening „Leben rettet“, obwohl es keine Belege dafür gibt, dass die Gesamtmortalität gesenkt wird.³

Eine alleinige Abnahme der krebspezifischen Mortalität ist kein Beweis dafür, dass Leben gerettet werden: Die Todesursache könnte systematisch falsch klassifiziert werden oder das Screening und die anschließende Krebstherapie könnten die Zahl der Todesfälle anderer Ursachen erhöhen, am wahrscheinlichsten als Folge von Überdiagnostizierung und Übertherapie.^{3,4} Um nachzuweisen, dass das Screening Leben rettet, muss ein Unterschied bei der Gesamtmortalität festgestellt werden. Einen solchen Unterschied, so es ihn denn gibt, mit hinreichender statistischer Power in der Allgemeinbevölkerung zu erkennen, würde Studien mit Millionen von Teilnehmern erfordern. Lässt sich dieses Dilemma lösen?

Prasad und Kollegen schlagen vor, zusätzlich zur krebspezifischen Mortalität die Gesamtmortalität anzugeben und, wenn es keinen Unterschied bei der Gesamtmortalität gibt, aufzuhören zu behaupten, dass das Screening Leben rettet. Dem stimme ich zu, ich möchte jedoch diesem Aufruf zu mehr Ehrlichkeit einige Punkte anfügen.

Erstens ist es unerlässlich, die krebspezifische Mortalität und die Gesamtmortalität anzugeben, da nicht nur den Patienten sondern auch vielen Ärzten das Verständnis dafür fehlt, worin denn

genau Evidenz für „Leben retten“ besteht. Bei einer Stichprobe in den USA waren von 412 Ärzten 47 % irrtümlicherweise der Annahme, dass die Erkennung von mehr Krebsfällen in gescreenten gegenüber nicht gescreenten Populationen beweist, dass Leben gerettet werden. Des Weiteren glaubten 76 % fälschlicherweise, dass die Feststellung von höheren 5-Jahres-Überlebensraten bei Menschen mit durch Screening erkanntem Krebs im Vergleich zu Menschen, deren Krebs aufgrund von Symptomen erkannt wurde, bedeutet, dass das Screening Leben rettet.⁵ Angesichts solch verbreiteter Fehleinschätzungen kann es hilfreich sein, sowohl die krebspezifische Mortalität als auch die Gesamtmortalität anzugeben.

Zweitens sollte auch die Gesamtkrebsmortalität angegeben werden, wo dies möglich ist. Wenn es eine Abnahme der krebspezifischen Mortalität gibt, die nicht auf Tod anderer Ursachen oder eine Fehlklassifikation zurückzuführen ist, dann sollte diese Abnahme sich in einer Senkung der Gesamtkrebsmortalität widerspiegeln (die die krebspezifische Mortalität beinhaltet). Da die Grundrate der Gesamtkrebsmortalität niedriger liegt als die der Gesamtmortalität, erkennen Tests einen solchen Unterschied mit stärkerer Power. Die Gesamtkrebsmortalität kann als Korrekturfaktor für systematische Fehler bei der Klassifizierung der krebsbedingten Todesursachen dienen.³ Sie kann jedoch keine nicht krebsbedingten Todesfälle erkennen, die auf die Therapie zurückzuführen sind, was eine Einschränkung darstellt.

Hilfsmittel für eine informierte Entscheidung

Prasad et al. schreiben: „Solange wir unsicher sind, welche Mortalitätsvorteile das Screening hat, können wir den Menschen nicht die Informationen bereitstellen, die sie brauchen, um eine informierte Entscheidung zu treffen. Wir müssen ehrlich sein in Bezug auf diese Unsicherheit.“ Doch selbst wenn sich diese Unsicherheit nicht beseitigen lässt, können wir den Menschen nützliche Hilfsmittel an die Hand geben, zum Beispiel Faktenboxen (siehe Abbildung).⁶ Wir verwenden eine Faktenbox zum

Mammographie-Screening, in der alle drei Mortalitätsmaße angegeben sind, basierend auf einem Cochrane-Review.⁷ Sie zeigt deutlich, dass die krebspezifische Mortalität um 1 von 1000 Frauen reduziert wird und dass dieser Unterschied sich weder in der Gesamtzahl der krebsbedingten Todesfälle noch in

Interessenkonflikte: Der Autor hat die BMJ-Richtlinien zur Erklärung von Interessenkonflikten zur Kenntnis genommen und erklärt, dass keine relevanten Interessenkonflikte vorliegen.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben: beauftragt; keine externe Begutachtung.

Brustkrebs-Früherkennung durch Mammographie

Anzahl der Frauen ab 50 Jahren, die ca. 10 Jahre lang am Screening teilnahmen bzw. nicht teilnahmen

	1000 Frauen ohne Screening	1000 Frauen mit Screening
Nutzen		
Wie viele Frauen starben an Brustkrebs?	5	4
Wie viele Frauen starben insgesamt an Krebs?	21	21
Wie viele Frauen starben insgesamt, unabhängig von der Ursache?	84	84
Schaden		
Bei wie vielen Frauen ohne Krebs kam es zu Fehlalarmen oder Biopsien?	–	50–200
Bei wie vielen Frauen mit nicht progredientem Krebs wurde unnötigerweise die Brust teilweise oder vollständig abgenommen?	–	2–10

Quelle: [1] Gøtzsche, PC, Jorgensen, KI (2013). Cochrane database of systematic reviews (1): CD001877.pub5

Die Werte in der Faktenbox sind gerundet. Wenn keine Daten zu Frauen ab 50 Jahren verfügbar waren, beziehen sich die Werte auf Frauen ab 40 Jahren.

Harding-Zentrum für Risikokompetenz - Letzte Aktualisierung: 14. Dezember 2015

der Gesamtmortalität widerspiegelt. Die Schäden werden in Zahlen angegeben, sodass eine informierte Entscheidung zum Screening möglich ist. Jeder Artikel und jede Broschüre sollte eine Übersicht in Form einer solchen Faktenbox beinhalten, um informierte Entscheidungen zu ermöglichen.

Das Mammographie-Screening kann die Anzahl der Frauen verringern, die an Brustkrebs sterben, was jedoch nicht bedeutet, dass Leben gerettet werden: Bei der Gesamtmortalität und der Zahl der krebsbedingten Todesfälle insgesamt (einschließlich Brustkrebs) wurde keine Abnahme festgestellt.

Bei einigen der Frauen, die am Screening teilnehmen, wird ein nicht progredienter Krebs überdiagnostiziert und unnötig therapiert.

Faktenbox zum Mammographie-Screening auf Brustkrebs

Anstatt Ressourcen in „Megastudien“ zu stecken, bei denen die Wahrscheinlichkeit gering ist, eine minimale Senkung der Gesamtmortalität festzustellen, und dies zudem auf Kosten einer großen Zahl von Patienten ginge, die geschädigt würden, sollten wir besser allem voran in transparente Informationen investieren. Es ist an der Zeit, in der Kommunikation über das Krebs-Screening von zweifelhaften Überzeugungstaktiken auf eine objektive Aufklärung umzuschwenken.

1 Gigerenzer G. Breast cancer screening pamphlets mislead women. *BMJ* 2014;348:g2636.

2 Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Are increasing 5-year survival rates evidence of success against cancer? *JAMA* 2000;283:2975–8.

3 Prasad V, Lenzer J, Newman DH. Why cancer-screening tests have never been shown to “save lives”—and what we can do about it. *BMJ* 2016;352:h6080.

4 Black WC, Haggstrom DA, Welch HG. Response: all-cause mortality in randomized trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:865–6.

5 Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians. *Ann Intern Med* 2012;156:340–9.

6 Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Ann Intern Med* 2009;150:516–27.

7 Gøtzsche PC, Jorgensen KI. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD001877.

Zu zitieren als: *BMJ* 2016;352:h6967

© BMJ Publishing Group Ltd 2016

25 Jahre Perinatal- und Neonatalerhebung im wiedervereinigten Berlin: Entwicklungen, Ergebnisse und Perspektiven

Matthias David, Martina Dombrowski, Martina Ziegert

Historisches

Die Peri- und Neonatalerhebungen sind die ältesten Maßnahmen organisierter externer Qualitätssicherung in Deutschland. Die Modellstudie „Münchener Perinatalstudie 1975 bis 1977“ zu den Ergebnissen der medizinischen Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen im Bereich der klinischen Geburtshilfe, wurde vor 40 Jahren durchgeführt. Später schlossen sich andere Bundesländer dem Projekt einer freiwilligen, systematischen, geburtshilflichen Datenanalyse an, das Modell der Qualitätssicherung wurde 1986 auch in Westberlin übernommen. Seit 2001 sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, an diesem Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung teilzunehmen. Eine systematische landesweite Erfassung von Perinataldaten fehlte auch in der damaligen DDR, dennoch waren die Ergebnisse z. B. bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit bis etwa 1980 dort besser. Nach 1989 waren in den Geburtskliniken der beiden ehemals getrennten Berliner Stadthälften noch über ein Jahrzehnt unterschiedliche geburtshilfliche Auffassungen und Herangehensweisen nachweisbar.

25 Jahre nach der Wiedervereinigung, wurden nicht nur die aktuellen guten Ergebnisse der Berliner Peri- und Neonatalerhebungen diskutiert, sondern im Rahmen eines Symposiums sollte auch auf ein Vierteljahrhundert Geburtshilfe und Neonatologie im wiedervereinigten Berlin zurückgeschaut werden.

Die Veranstaltung wurde vom Qualitätsbüro Berlin (QBB) gemeinsam mit den



Mitgliedern der Fachgruppen Gynäkologie/Geburtshilfe und Neonatologie organisiert. An der gut besuchten, interprofessionellen Veranstaltung nahmen Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Studierende der Hebammenstudiengänge und Interessierte aus dem gesamten Gesundheitsbereich teil.

Qualitätssicherung

Ziel der qualitätssichernden Maßnahmen in der klinischen Geburtshilfe ist es, mithilfe des „strukturierten Dialogs“ zu einer weiteren qualitativen Verbesserung in der geburtshilflichen Versorgung zu gelangen bzw. das sehr gute Niveau zu halten. Nur die ständige Überprüfung geburtshilflicher Leistungen im gegenseitigen Wettbewerb kann eine qualita-

tiv hochwertige Versorgung sicherstellen. Durch die Komplexität von Schwangerschaft und Geburt sowie die Unwägbarkeiten im Verlauf gestalten sich Betreuungs- und Behandlungsabläufe nicht immer nach einem klar definierten Schema. Neben dem „Einflussfaktor Patientin“ mit verschiedenen soziodemographischen, kulturellen und ethnischen Aspekten gibt es das Problem einer z.T. geringen Häufigkeit einiger interessierender geburtshilflicher Parameter z.B. die kindliche und mütterliche Mortalität oder das Auftreten bestimmter geburtshilflicher Komplikationen.

Perinatalsymposium

Nach einer historisch grundierten Einführung durch Vorstandsmitglied und Kinderchirurg Prof. Harald Mau wurde der wissenschaftliche Teil durch die Hebamme Prof. Dr. Mechthild Gross, die die Arbeitsgruppe Hebammenwissenschaft an der Medizinischen Hochschule Hannover leitet, eröffnet. Sie brachte den Teilnehmerinnen und Teilnehmern in ihrem Vortrag die „Sichtweise der Gebärenden in der Hebammenwissenschaftlichen Forschung“ nahe. Anschließend wurden die Neonatal- (Prof. Bühner und Dr. Kluthe) und die Perinataldaten (Dr. Dombrowski) des Jahres 2014, die mit Unterstützung von Herrn Tilmann Reutter vom Qualitätsbüro Berlin zu speziellen Fragestellungen analysiert worden waren, vorgestellt.

Dr. Martina Dombrowski von der Fachgruppe Gynäkologie/Geburtshilfe stellte die Berliner Perinataldaten des Jahres 2014 vor. Basis der Daten waren 38.190 Geburten, die von 14 geburtshilflichen Krankenhausabteilungen dokumentiert wurden. Die Ergebnisse in den aktuell zwölf geburtshilflichen Qualitätsindikationen sind, mit Ausnahme der Azidoserate bei Einlingsgeburten (Berlin 0,88%, Bundesdurchschnitt 0,67%) in Berlin im Vergleich zum Bundesgebiet jeweils besser.

Beckenendlagengeburten machen 5,4% aller Geburten, aber 13,5% aller Kaiserschnittentbindungen in Berlin aus. So

wurden 2014 in Berlin nur 233 Kinder aus Beckenendlage vaginal geboren. Damit wird, aus verschiedenen medizinischen und nicht medizinischen Gründen, die vaginale Beckenendlagegeburt zur Seltenheit; Erfahrungen mit diesem besonderen Geburtsmodus können kaum noch gesammelt werden.

2,17 % aller Geburten in 2014 waren Mehrlingsgeburten – überwiegend Zwillinge –, anteilig machten sie aber 9,23 % aller Kaiserschnittgeburten aus. Etwas mehr als 20 % kamen spontan zur Welt, bei etwa 3 % wurden mittels Vakuum oder Forceps geholfen und in 76 % war die Sectio caesarea der Geburtsmodus bei Mehrlingen.

Die Sectorate insgesamt hat sich in Berlin in den vergangenen zehn Jahren von 22,7 % (2005) auf nunmehr 28,8 % (2014) erhöht. Im Jahre 2014 schwankte diese allerdings zwischen den einzelnen Berliner Krankenhäusern von minimal 16,1 % bis max. 38,2 % bei einem Medianwert von 27,7 %. Eine Konsequenz der steigenden Sectorate ist, dass der „Zustand nach Sectio“ zu den fünf am häufigsten dokumentierten Geburtsrisiken zählt und mit 24,61% inzwischen die am häufigsten genannte Indikation zur Sectio darstellt. Von den Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt hatten, haben 2014 zwei Drittel wiederum per Sectio entbunden. Aufgrund dieser Entwicklungen in der Geburtshilfe ist die Häufigkeit von Kaiserschnittgeburten seit 2014 neuer Qualitätsindikator. Als Qualitätsziel wurde dabei definiert: Wenig Kaiserschnitte bei Kindern mit einem Gestationsalter ab 24 + 0 Schwangerschaftswochen. Ein fester Referenzwert wurde bisher nicht festgelegt.

Verschiedene Gründe für den national aber auch international zu konstatierenden Anstieg der Kaiserschnittfrequenz (veränderte individuelle und gesellschaftliche Risikobewertung, hohe medizinische Sicherheit der Methode, Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren, forensischer Druck), aber auch Gründe für eine Senkung (mögliche negative Kurz- und Langzeitfolgen für das Kind, keine weitere Verbesserung

des kindlichen Outcome, Zunahme von mütterlichen Komplikationen bei Folgeschwangerschaften) sind benannt und publiziert.

Prof. Matthias David befasste sich in seinem Vortrag mit dem Thema „Ost-versus Westberlin: Gibt es (noch) Unterschiede in der geburtshilflichen Versorgung?“. Schon 2001 waren in ähnlicher Weise die Perinataldaten der 1990er Jahre ausgewertet worden: Bei entscheidenden geburtshilflichen Ergebnissen waren seinerzeit keine Unterschiede festzustellen, allerdings bei den Präferenzen für Vakuumextraktion oder Zangengeburt, der Dammschnitttrate und bei den verwendeten Verfahren zur Geburtseinleitung. Manche Unterschiede wurden damals durch „Traditionen einer bestimmten geburtshilflichen Schule“ oder eine Präzisierung durch den Mangel an entsprechenden technischen Voraussetzungen in den Kliniken von Berlin-Ost erklärt. Eine Angleichung der „geburtshilflichen Verhältnisse“ von Ost und West war schon in den 1990er Jahren erfolgt und wurde für die nächsten zehn Jahre fortschreitend erwartet. Diese Erwartung wurde mit einer retrospektiven Analyse der Berliner Perinataldaten von 2004 bis 2014 überprüft. Die perinatalen Ergebnisse der Kliniken, die heute im ehemaligen Ostteil Berlins liegen, wurden mit den im ehemaligen Westteil gelegenen verglichen und wesentliche Ergebnisse nun auf der Veranstaltung vorgestellt: Der Anteil von Frauen nichtdeutscher Herkunft unter den Gebärenden ist in Berlin schon lange relativ hoch, allerdings in den westlichen Stadtteilen mindestens dreimal höher als in den östlichen, dieses Phänomen ist von 1993 bis 2014 einheitlich nachweisbar. Ebenfalls ähnlich verläuft die Entwicklung der Kaiserschnittfrequenz: 1993 insgesamt 14 % in den beiden Stadtteilen Berlins, 2014 nahezu 30 %.

Die Häufigkeit vaginal-operativer Entbindungen ist in den „Westberliner“ Kliniken höher als in den östlichen Stadtteilen, wo, wenn auch sehr selten, die Geburtszange verwendet wird; ins-

gesamt überwiegt, besonders in den Kliniken Berlin-West, eindeutig die Anwendung der Vakuumextraktion bei vaginal-operativen Geburten. Die Dammschnitthäufigkeit hat in beiden Stadthälften deutlich abgenommen – 1993 erhielten noch fast 50 % aller Frauen eine Episiotomie, während es 2014 17 – 18 % (Ostberliner Kliniken) bzw. 10 % (Westberliner Kliniken) waren. Demgegenüber hat die Anwendung von Periduralanästhesie-Verfahren in beiden Stadthälften im Vergleich 1993 zu 2014 deutlich zugenommen, in den Kliniken der westlichen Stadtbezirke von knapp 20 auf etwas über 30 %, in den Kliniken der östlichen Stadtteile von ca. zwei auf etwas über 20 % 2014.

Wesentliche geburtshilfliche Ergebnisparameter zeigen keine relevanten Unterschiede zwischen den Kliniken in den beiden Stadthälften Berlins, gegenläufige Trends sind nicht nachweisbar, aber die Entwicklungen sind zum Teil verschieden stark ausgeprägt. Dies dürfte auch weiter vor allem durch unterschiedliche geburtshilfliche „Schulen“ bedingt sein. Eine vertiefende statistische Analyse der vorliegenden Daten und eine wissenschaftliche Begleitung der geburtshilflichen Entwicklung in den kommenden Jahren dürfte interessant, aber aufwendig sein.

Ausblick

Themen des nächsten, für den Herbst 2016 geplanten Berliner Perinatal-symposiums sind das Für und Wider sowie die aktuellen Entwicklungen rund um den Kaiserschnitt unter dem Motto „Königsweg Kaiserschnitt?!“ Auch dafür hoffen wir auf ein interdisziplinäres Publikum, dass an einer Diskussion über die Perinataldaten, die in den Berliner Geburtskliniken mit einem erheblichen Zeit- und Personalaufwand dokumentiert werden, interessiert ist.

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2016 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs- Entscheidungs- datum
Ashraf Abd El Maged	FA Neurochirurgie	22.02.16
Fakhri Abdo	FA Gefäßchirurgie	09.02.16
Azad Amedi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.02.16
Cora Aprijan	FA Anästhesiologie	24.02.16
Dr. med. Lara Liv Bajohr	FA Innere Medizin	17.02.16
Nils Banthien	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.01.16
Dr. med. Sybille Bartelt	FA Innere Medizin	24.02.16
Dr. med. Matthias Bätje	FA Allgemeinmedizin	09.02.16
Judith Becher	FA Neurologie	02.02.16
Dr. med. Daniel Beha	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	10.02.16
Valentina Belzer	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.02.16
Dr. med. Nadine Bogen	FA Innere Medizin	06.01.16
Nicole Bohl	FA Urologie	12.01.16
Dr. med. Jan-Philipp Breuer	FA Allgemeinmedizin	09.02.16
Philipp Brüggemann	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.01.16
Dr. med. Jan Conradi	FA Psychiatrie und Psychotherapie	23.02.16
Dr. med. Inken de Boer	FA Anästhesiologie	11.01.16
Nora Dengler	FA Neurochirurgie	22.02.16
Dr. med. Diana Dießner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.02.16
Maria Eckart	FA Allgemeinmedizin	26.01.16
Eva Eljaschewitsch	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.01.16
Dr. med. Jörn Eling	FA Gefäßchirurgie	09.02.16
Dr. med. Gregor Fahrenholz	FA Thoraxchirurgie	23.02.16
Dr. med. Uta Fendel	FA Innere Medizin	13.01.16
Albrecht Fitzthum	FA Allgemeine Chirurgie	23.02.16
Dr. med. Olga Geisel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	23.02.16
Dr. med. Flora Graefe	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.01.16
Dr. med. Dr. med. dent. Sonja Grajewski	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	25.01.16
Melanie Groß	FA Neurologie	19.01.16
Dr. med. Thomas Grüger	FA Innere Medizin	17.02.16
Dr. med. Janina Hammer	FA Innere Medizin	24.02.16
Dr. med. Jana Herholz	FA Innere Medizin	13.01.16
Heike Hilgenberg	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.01.16
Dr. med. Johannes Hilpert	FA Innere Medizin	24.02.16
Friederike Hofmann	FA Anästhesiologie	11.01.16
Kai Henning Hosmann	FA Innere Medizin	27.01.16
Dr. med. Viktor Janz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.02.16
Ina Jovanovic	FA Thoraxchirurgie	23.02.16
Michel Jungmann	FA Anästhesiologie	01.02.16
Yuen-Kyung Kim	FA Innere Medizin	13.01.16
Dr. med. Christina Kountidou	FA Urologie	12.01.16
Dr. med. Julia Kress	FA Thoraxchirurgie	23.02.16
Dr. med. Nils Krochmann	FA Urologie	16.02.16
Dr. med. Mareike Cordelia Kück	FA Neurologie	21.01.16
Michael Kluge	FA Innere Medizin	06.01.16
Dr. med. Urte Kunz-Zurbuchen	FA Viszeralchirurgie	26.01.16
Kaspar Kürner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.02.16
Dr. med. Kai Lehmann	FA Viszeralchirurgie	26.01.16
Dr. med. Jan Lenze	FA Allgemeinmedizin	16.02.16
Dr. med. Jonathan List	FA Neurologie	23.02.16
Dr. med. Benjamin Lorch	FA Urologie	16.02.16
Dr. med. Natalie Luther	FA Anästhesiologie	11.01.16
Dr. med. Franziska Luttsch	FA Innere Medizin	17.02.16
Parvin Maharramov	FA Viszeralchirurgie	26.01.16
David Mechelhoff	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	16.02.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs- Entscheidungs- datum
Dr. med. Annerose Maria Mengel	FA Neurologie	19.01.16
Pawel Adam Mentuch	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.01.16
Dr. med. Daniel Misch	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	24.02.16
Dr. med. Anika Müller	FA Anästhesiologie	24.02.16
Dr. med. Anne Nagel	FA Arbeitsmedizin	18.02.16
Dr. med. Regina Närmann	FA Urologie	16.02.16
Dr. med. Peter Nawka	FA Neurochirurgie	22.02.16
Kathrin Annelore Nowak	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.01.16
Dr. med. Monika Olesch	FA Innere Medizin	24.02.16
Anne-Katrin Oligmüller	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.02.16
Hristo Penev	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.01.16
Dr. med. Claudia Petereit	FA Innere Medizin	24.02.16
Dr. med. Matthias Petzold	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	09.02.16
Dr. med. Matthias Prager	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	10.02.16
Dr. med. Alexandra Preuß	FA Radiologie	29.02.16
Kolja Reimann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	02.02.16
Valentina Rundau	FA Allgemeinmedizin	09.02.16
Dr. med. Dr. med. dent. Christopher Schardt	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	25.01.16
Dr. med. Kerstin Schatz	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	13.01.16
Dr. med. Steffen Schmidt	FA Allgemeinmedizin	26.01.16
Dr. med. Gianna Schulz	FA Innere Medizin	13.01.16
Dr. med. Mathias Schulz	FA Allgemeinmedizin	16.02.16
Abdulhakim Shiref	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	10.02.16
Dr. med. Anna Lena Singer	FA Allgemeinmedizin	09.02.16
Wen Song	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	25.01.16
Dr. med. Kay Spickschen	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.01.16
Dr. med. Maria Spiegler	FA Urologie	16.02.16
Dr. med. Birte Sporbeck	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	17.02.16
Natalia Spurzem	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.01.16
Dr. med. Caroline Stellbaum	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.01.16
Dr. med. Alexander Stocker	FA Anästhesiologie	01.02.16
Mirjam Stolzenburg	FA Anästhesiologie	11.01.16
Andri Syahrian	FA Herzchirurgie	09.02.16
Pouria Taheri	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.02.16
Dr. med. Atila Tanriseven	FA Arbeitsmedizin	19.01.16
Dr. med. Dorothea Terhorst-Molawi	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	17.02.16
Dr. med. Peter Tinnemann	FA Öffentliches Gesundheitswesen	18.02.16
Dr. med. Serdar Tütüncü	FA Neurologie	02.02.16
Dr. med. Edoardo Viviano	FA Allgemeinmedizin	16.02.16
Christian Vogt	FA Innere Medizin	27.01.16
Dr. med. Matthias Wegner	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.01.16
Katharina Wenzl	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	09.02.16
Dr. med. Judith Wibawa	FA Innere Medizin	06.01.16
Dr. med. Ulrich Wiegand	FA Innere Medizin	27.01.16
Luisa Wiegboldt	FA Radiologie	29.02.16
Dr. med. Nina Wildner	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.02.16
Dr. med. Joost Wüstefeld	FA Radiologie	29.02.16
Dr. med. David Zurmeyer	FA Innere Medizin	06.01.16

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

Detlev Ganten zum 75.

„Schon dass wir mehrmals am Tag essen müssen, ist doch blöd. Lange grüne Ohren könnten das Licht einfangen und per Fotosynthese in Energie verwandeln. Und wenn wir schon eine ganz andere Linie der Entwicklung einschlagen: warum nicht die der Mollusken? Als Weichtiere wären wir die Wirbelsäule samt Rückenschmerzen los. Aber wollen wir das wirklich? Ich nicht. Es ist doch eine wichtige Erfahrung, mit Grenzen fertigzuwerden.“

(Detlev Ganten in ZEIT ONLINE am 7. März 2013)



Foto: S. Rudat

Derartiges aus dem Mund eines der einflussreichsten deutschen Wissenschaftler als Aspekt einer evolutionsbiologischen Medizin zu hören, ist gewiss ungewöhnlich. Genau so ungewöhnlich wie die Vorstellung, dass ein nachmaliger Offizier der Französischen Ehrenlegion einen Kartoffelacker an der Weser pflügt. Das mit den Mollusken ist so eine Idee des Evolutionsforschers Detlev Ganten, das mit dem Kartoffelacker ist eine Tatsache.

Detlev Ganten hat das Leben und das Forschen von der Pike auf erlernt. Erst als landwirtschaftlicher Gehilfe mit Facharbeiterbrief in Elmshorn, dann als Medizinstudent mit den Stationen Würzburg – Montpellier – Marrakesch – Tübingen. Das Forschen intensivierte sich am Clinical Research Institute of Montreal und schließlich in Heidelberg, wo er habilitierte und eine Professur erhielt. Und als ihm am 9. Mai 2012 der französische Botschafter in einer feierlichen Zeremonie die Offizierswürde der Französischen Ehrenlegion verlieh – die Ernennung durch Präsident Sarkozy war schon im Vorjahr erfolgt – wurde damit dokumentiert, dass der Forscher, Manager, Ideengeber und Organisator Detlev Ganten international anerkannte Verdienste erworben hat. Für Europa könnte die Deutsch-Französische Hochschule für Public Health wichtig werden, die Ganten als Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der Universität Sorbonne Paris Cité hilft aufzubauen.

In der Bundesrepublik gibt es kaum eine bedeutende wissenschaftliche Institution, die sich nicht um die Mitgliedschaft Detlev Gantens bemüht hätte, entweder als Bluthochdruckspezialist oder als Evo-

lutionsforscher oder als Wissenschaftsorganisator. Unter vielen haben u.a. die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, die Hermann von Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren, die Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, die Leopoldina und der Wissenschaftsrat von seiner Energie und seinen Ideen profitiert.

Dass der wissenschaftliche Weltbürger Detlev Ganten seine Zelte dauerhaft in Berlin aufschlug, ist wohl dem damaligen Wissenschaftssenator Manfred Erhard zu verdanken. Unter seiner Regie wurde durch Gantens Kreativität und Gestaltungskraft aus den Instituten der ehemaligen Akademie der Wissenschaften Berlin-Buch das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin, heute einer der Leuchttürme der deutschen und internationalen Wissenschaftslandschaft. Und 1993 kam der Ruf auf den Lehrstuhl für klinische Pharmakologie, allerdings an das Universitätsklinikum Benjamin Franklin der Freien Universität. Für die Charité war es zunächst betrüblich, dass ein so bedeutender Forscher bei der Konkurrenz andockte. Aber über die Zeit verschwand der Nachteil für die Charité, denn die Berliner Einrichtungen der medizinischen Wissenschaft wurden nachhaltig fusioniert und dadurch wurde, neben anderen guten Leuten, auch Detlev Ganten ein „Charité´ler“.

Das Amt des Vorstandsvorsitzenden der nunmehr „Universitätsmedizin Berlin“ genannten Charité kam praktisch auf ihn zu. Als er es nach vier durchaus erfolgreichen Jahren 2008 an Karl Max Einhäupl übergab, war es nur angemessen, ein neues

bedeutendes Projekt zu stemmen: den World Health Summit. In diesem Jahr wird der 8. World Health Summit mit über 1.500 Teilnehmern unter der Patronage der Bundeskanzlerin, des französischen Staatspräsidenten und des Präsidenten der Europäischen Kommission wiederum im Auswärtigen Amt stattfinden. Wenn man nach den bis jetzt angemeldeten Teilnehmern geht, trägt das Treffen seinen Namen zu Recht.

Liest man das alles mit respektvollem Staunen, denkt man: Wie ist das alles zu schaffen? Aber da ist noch mehr. Erstens eine Vielzahl von Büchern, Publikationen aller Art, die den Eindruck erwecken, sie seien mit Lust geschrieben. Zweitens eine große Zahl von Ehrungen, Preisen und Orden, die verdient werden müssen. Und dann der Mensch dazu, der nicht den Eindruck eines Getriebenen und von Erfolg zu Erfolg Gehetzten macht, sondern eine gewisse norddeutsche freundliche Bräsigkeit ausstrahlt und gar nicht auf den Erfolg fixiert zu sein scheint; und sich durchaus an den schönen Dingen des Lebens erbauen kann. (In Wirklichkeit ist das, was er plant, bis ins Detail durchdacht und wenn er es anfasst, gelingt es auch.)

Lieber Detlev, bleib gesund, mach einfach so weiter und lass uns teilhaben an dem, was Dir Freude macht und gelingt.

Ad multos annos!

Dein
Harald Mau

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2015 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Herr		Konrad Weiß	19.02.51	05.01.15
Herr	Dr. med.	Wolfgang Marsch	23.03.36	09.01.15
Frau		Helga-Renate Kassuhn	24.10.20	11.01.15
Herr	Prof. Dr. med.	Kurt Lunzenauer	14.01.20	12.01.15
Frau		Cornelia Feuerhelm-Keller	27.09.51	13.01.15
Herr	Dr. med.	Karl Gertich	01.10.32	14.01.15
Frau	Dr. med.	Ingeborg Oberdoerster	21.09.22	15.01.15
Herr	Dr. med.	Friedr.-Gustav Kruse	08.06.30	23.01.15
Herr		Timo Lilley	07.01.80	23.01.15
Frau		Waltraud Gropp	24.03.29	24.01.15
Herr	Dr. med.	Jürgen Brömel	27.09.41	28.01.15
Frau	Dipl.-Med.	Katharina Dorothea Heuer	02.06.46	28.01.15
Frau	Dr. med.	Waltraud Heinze	14.05.35	05.02.15
Herr	Dr. med.	Herbert Jakwert	19.09.44	09.02.15
Frau	Dipl.-Med.	Annerose Knopp	26.07.54	10.02.15
Herr	Prof. Dr. med.	Hans Helge	10.05.30	12.02.15
Frau	Dr. med.	Irene Pfeifer	02.05.24	13.02.15
Herr	Prof. Dr. med.	Eberhard Conradi	05.02.32	14.02.15
Frau	Dipl.-Med.	Adelaide Volkmann	14.09.60	15.02.15
Herr	Dr. med.	Gerhard Irrgang	23.01.47	16.02.15
Frau	Dr. med.	Anneliese Fuchs	14.12.28	17.02.15
Herr	Dr. med.	Rudolf Berndt	16.12.17	20.02.15
Frau	Dr. med.	Helga Otto	27.09.20	20.02.15
Herr	Dr. med.	Reinhard Werner	19.12.41	22.02.15
Frau		Ingeborg Voss-Windaus	27.05.41	23.02.15
Herr	Dr. med.	Walter Zinser	14.12.38	27.02.15
Herr	Dr. med.	Siegfried Weidauer	28.02.31	04.03.15
Frau	Prof. Dr. med.	Waltraud Thilo	14.11.34	09.03.15
Herr	Dr. med.	Jürgen Krumwiede	14.10.27	15.03.15
Herr	Dr. med.	Wolfgang Schmidt	11.08.32	20.03.15
Herr	Dr. med. Dr. sc. med.	Franz Palkoska	27.04.33	29.03.15
Frau		Hildegard Möllmann	05.02.24	31.03.15
Herr	Dr. med.	Detlef Niederhut	03.07.40	03.04.15
Frau	Dr. med.	Helga Beich	17.08.30	04.04.15
Herr		Volker Walter Franke	30.08.58	04.04.15
Herr	Dr. med.	Werner Gross	26.11.19	04.04.15
Frau	Dr. med.	Sigrun Thiele	23.07.36	08.04.15
Herr	Dr. med.	Rainer Häster	19.09.44	09.04.15
Herr		Daniel Georgs	28.05.74	10.04.15
Herr	Dr. med.	Walter Rissmann	01.03.31	10.04.15
Herr		Johann Schneider	18.10.31	10.04.15
Frau	Dr. med.	Renate Paetsch	25.09.35	11.04.15
Frau	Dr. med.	Beatrix Naumann	21.03.54	12.04.15
Herr	Dr. med.	Reinhardt Ziehe	05.06.28	12.04.15
Herr		Klaus-Peter Ruppert	02.12.51	13.04.15
Frau	Dr. med.	Marianne Wossidlo	08.09.37	14.04.15
Herr		Gerald Haas	05.01.42	16.04.15
Herr	Dr. med.	Günter Gras	30.03.40	20.04.15
Herr	Prof. Dr. med.	Heinz Schulze	06.02.22	22.04.15
Herr		Marcel Völker-Call	23.07.83	24.04.15
Frau	Dr. med.	Ingrid Krause	06.02.27	30.04.15
Frau	Dr. med.	Marlies Reinicke	29.11.42	03.05.15
Herr		Jürgen Moldenhauer	08.02.40	04.05.15
Frau	Dipl.-Med.	Christa Bottin	05.10.40	05.05.15
Frau		Silvia Koehn	18.07.39	05.05.15
Herr	Dr. med.	Peter Hecker	01.10.48	07.05.15
Herr		Hans-Joachim Rengert	01.07.30	18.05.15
Frau		Elisabeth Irrgang	11.05.26	21.05.15

Herr	Dr. med. Dr. med. dent.	Stephan Schoffke	17.07.27	21.05.15
Frau	Dr. med.	Hannelore Höhne-Kaiser	13.01.42	22.05.15
Herr	Dr. med.	Hans-Uwe Wüstling	03.02.42	25.05.15
Herr	Dr. med.	Dieter Griebner	21.04.32	26.05.15
Herr	Dr. med.	Volkmars Groß	04.02.36	01.06.15
Herr	Dr. med.	Jan Akyeli	20.06.69	03.06.15
Herr	Dr. med.	Hans-Joachim Preuß	26.06.30	06.06.15
Herr	Dr. med.	Jörg Zimmermann	28.11.51	06.06.15
Herr		Klaus Abraham	27.03.42	08.06.15
Frau		Dagmar Hofer	24.03.24	11.06.15
Herr	Dr. med.	Walter Horstmann	29.09.23	15.06.15
Frau	Dr. sc. med.	Elfriede Hoppe-Wolfram	11.04.23	17.06.15
Herr	Dr. med.	Dieter Rieß	11.09.35	17.06.15
Frau	Dr. med.	Hildegard Ziesche	24.04.28	17.06.15
Frau	Dr. med.	Brigitte Schroeter	02.08.38	18.06.15
Herr	Dr. med.	Dieter Händel	06.09.33	21.06.15
Herr	Prof. Dr. med.	Hubert Stegmann	11.07.22	21.06.15
Herr	Prof. Dr. med.	Horst Heine	16.11.30	22.06.15
Frau	Dr. med.	Christa Neubert	16.02.41	23.06.15
Herr	Prof. Dr. med.	Erich Friis	31.12.31	29.06.15
Herr	Dr. med.	Gerd-Volker Kaufmann	17.03.40	29.06.15
Herr	Dr. med.	Peter Schubart	19.12.44	29.06.15
Frau	Dr. med.	Monika Kneschke	30.11.41	06.07.15
Herr	Dr. med.	Tilo Gutzeit	25.01.40	12.07.15
Herr	Prof. Dr. med.	Horst Schlausener	06.03.33	12.07.15
Herr	Dr. med.	Peter-Michael Schroeder	16.11.42	15.07.15
Herr	Dr. med.	Gösta Schmidt	31.10.68	16.07.15
Herr	Dr. med. Dr. med. dent.	Klaus Ursus Schendel	24.07.60	17.07.15
Herr		Jürgen Drutschmann	24.11.49	25.07.15
Herr	Dr. med.	Christian Sprung	28.10.47	26.07.15
Herr		Bernhard Hoestermann	13.05.62	27.07.15
Herr	Dipl.-Med.	Frank Rödel	14.01.58	27.07.15
Frau		Brigitte Komander	17.08.49	02.08.15
Frau	Dr. med.	Christina Behrendt	03.03.42	06.08.15
Frau		Barbara Winkelmann	10.03.50	06.08.15
Frau	Dr. med.	Ursula Wulffius	20.03.25	07.08.15
Herr		Helge Böhme	18.01.35	08.08.15
Herr	Prof. Dr. med.	Wolfgang Hinkelbein	15.02.48	08.08.15
Herr	Dr. med.	Jürgen Müldner	27.11.38	10.08.15
Frau	Dr. med.	Andrea Lorenz	15.11.55	12.08.15
Herr		Fritz-Wilhelm Steffen	30.04.22	14.08.15
Frau	Dr. med.	Ingrid Albrecht	28.04.35	15.08.15
Herr	Dr. med.	Claus Marquardt	09.10.35	15.08.15
Herr	Dr. med.	Wolfdietrich Hoffmann	10.04.31	16.08.15
Frau	Dr. med.	Gisela Irion	13.09.62	16.08.15
Frau	Dr. med.	Ursula Hofacker	03.12.35	17.08.15
Herr		Winfried Reichwaldt	15.07.52	19.08.15
Herr	Dr. med.	Stephen Bantz	30.10.53	22.08.15
Herr	Prof. Dr. med.	Erhard Phillip	23.03.22	22.08.15
Frau		Antonie Brugsch-Hauckold	22.06.43	24.08.15
Frau		Anne-Kathrin Diallo	29.10.65	26.08.15
Herr	Prof. Dr. med.	Hans-Nikol Macha	03.11.40	26.08.15
Herr	Dr. med.	Christoph Pohl	05.10.66	28.08.15
Herr	Dr. med.	Heinrich-Norbert Klaar	25.02.44	30.08.15
Herr		Michael Rawlik	21.08.36	03.09.15
Herr	Prof. Dr. med.	Gerhard Kolde	23.05.52	05.09.15
Frau	Dr. med.	Hildegard Ostapowicz	15.10.18	06.09.15
Frau	Dr. med.	Barbara Behle	26.09.28	07.09.15

Herr	Dr. med.	Rudolf Seidel	22.02.42	10.09.15
Frau	Dr. med.	Maria-Luise Schäper	23.02.44	15.09.15
Herr	Dr. med.	Helmut Biester	19.02.23	28.09.15
Herr		Wolfgang Rodehau	04.02.33	28.09.15
Herr	Prof. Dr. med.	Pranav Sinha-Edler von Jaschke	30.06.51	29.09.15
Herr	Dr. med.	Bernd Korinth	11.07.45	30.09.15
Herr	Dr. med.	Sieng-Hwa Liem	16.08.37	30.09.15
Herr	Prof. Dr. med.	Klaus Schaefer	13.02.39	30.09.15
Herr		Wilhelm Bernhard Conring	17.07.74	09.10.15
Frau	Dr. med.	Anneliese Seliger	09.07.29	12.10.15
Herr	Dr. med.	Klaus Franke	10.06.30	13.10.15
Herr	Dr. med.	Karl-Hermann Goll	28.03.25	16.10.15
Herr	Dr. med.	Otmar Liegl	16.01.21	20.10.15
Herr	Prof. Dr. med.	Horst Stobbe	17.02.20	20.10.15
Frau	Dr. med.	Ingeborg Röhringer	11.03.28	24.10.15
Herr	Dr. med.	Hans Loeckell	17.08.21	27.10.15
Herr	Dr. med.	Matthias Spengler	22.01.67	27.10.15
Herr	Dr. med.	Klaus Jürgen Korfmann	18.09.39	01.11.15
Frau		Adelheid Müller	21.02.36	02.11.15
Frau	Dr. med.	Ingrid Maria Goebel	14.09.26	03.11.15
Herr		Norbert Kringel	15.06.42	04.11.15
Herr	Dr. med.	Matthias Scheel	19.10.41	08.11.15
Herr	Dr. med.	Hans-Wolfgang Kempe	12.03.31	09.11.15
Herr		Guido Wilhelm	08.12.54	17.11.15

Herr	Prof. Dr. med.	Claus-Ulrich Wagenknecht	03.11.30	18.11.15
Herr	Dr. med.	Siegfried Wagner	13.11.33	18.11.15
Frau	Prof. Dr. med.	Ilse Eisen-Hagemann	27.09.28	19.11.15
Herr	Dr. med.	Albrecht Spieß	31.08.42	19.11.15
Frau		Heike Höhn	12.07.81	20.11.15
Frau	Dr. med.	Marianne Nowka	20.07.24	22.11.15
Herr		Gerhard Walter	25.05.23	22.11.15
Herr	Dr. med.	Hans Heitzeberg	25.06.34	24.11.15
Frau	Dr. med.	Christel Ehrich	21.01.25	27.11.15
Herr	Dr. med.	Gerhard Palowsky	01.07.34	27.11.15
Frau	Dr. med.	Ute May	25.05.37	28.11.15
Frau	Dr. med.	Regina Quaschner	18.09.50	28.11.15
Frau	Prof. Dr. med.	Sonja Mebel	09.01.25	30.11.15
Herr	Dr. sc. med.	Warban Warbanow	30.03.31	01.12.15
Frau	Priv.-Doz. Dr. med.	Minoo Lenarz	18.09.66	02.12.15
Herr		Wolf Siems	15.04.43	09.12.15
Herr	Dr. med.	Gerald Witter	16.05.40	12.12.15
Frau		Sigrid Schneider	28.03.25	15.12.15
Herr	Prof. Dr. med.	Hanns-Werner Boschann	22.05.21	18.12.15
Herr	Dr. med.	Gerd-Joachim Bensch	06.05.29	19.12.15
Frau	Dr. med.	Erika Schulz-Büchner	11.08.25	19.12.15
Frau		Ellen Stiller	28.03.58	22.12.15
Herr	Dr. med.	Ernst-Reinhard Brandes	06.09.21	26.12.15
Herr	Dr. med.	Hans-Joachim Buchholz	03.04.24	27.12.15
Herr	Dr. med.	Andreas Encke	16.09.25	27.12.15

Was sonst noch passierte ...

Kathy darf es

Spinnen die Briten? Erst verlangen sie dauernd Extrawürste, damit sie Europäer bleiben und nun wollen sie auch noch Menschen klonen? Fast überall in der Welt – außer in China – sind Manipulationen an Embryonen ein Tabu.

Trotzdem hat jetzt die Human Fertility and Embryology Authority, das ist die britische Regulierungsbehörde zur Überwachung der Verwendung von Keimzellen und Embryonen zur Fruchtbarkeitsbehandlung und zur Forschung, einen Antrag genehmigt, Veränderungen am Genmaterial von menschlichen Embryonen vorzunehmen. Das ist der Tagespresse eine empörte Schlagzeile wert.

Wer darf was und warum?

Zunächst wer? Das ist Kathy Niakan. Sie ist weltweit die erste Wissenschaftlerin mit einer Lizenz zur genetischen Manipulation an menschlichen Embryonen. Ihr Werkzeug? Das Genom Editing, oder auch „die molekulare Schere“ genannt. Man erinnert sich an die Zauberformel:

CRISPR/Cas9. Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats. Das ist die geniale Technik, mit der diese sich wiederholenden Sequenzen einer DNA herausgeschnitten werden können.

Und warum will sie das tun? Sie will herausfinden, welche Gene für die Entwicklung eines Embryos von Bedeutung sind, welche Sequenzen bewirken, dass ein gesundes Baby heranwächst und es nicht zum Abort kommt.

Denjenigen, die Kathy Niakan beschuldigen, Menschenleben zu vernichten, sei zu bedenken gegeben, dass die von ihr untersuchten Keimzellen samt und sonders zur Vernichtung bestimmt sind. Sie sind überzählig, bei Fruchtbarkeitsbehandlungen als Reserve angelegt worden. Und Frau Niakan führt ihre Untersuchungen mit Zustimmung der Spenderinnen aus. Ihr Ziel ist es, Menschenleben zu bewahren, eine ungestörte Entwicklung zu ermöglichen. Den Keimzellen ist es wahr-

scheinlich gleichgültig, ob sie beforscht oder unbeforscht entsorgt werden. Frau Niakan's Arbeit wird von der deutschen Wissenschaftslandschaft skeptisch beäugt. Diese Experimente wären bei der gültigen Gesetzeslage hier nicht erlaubt. Aber hinkt die öffentliche Debatte hierzulande ohnehin der Realität hinterher? In Großbritannien ist die Haltung der Öffentlichkeit zu Dingen der medizinischen Forschung auch nicht gleichgültig, aber auch nicht grundsätzlich ablehnend für alles, was jünger als 100 Jahre ist. Das britische Unterhaus hat jüngst ein „Drei-Eltern-Baby“ erlaubt, ein Kind, das außer von Vater und Mutter noch genetisches Material von einem dritten Menschen in sich trägt. Ein Versuch, Erbkrankheiten zu verhindern.

Frau Niakan sucht nach der Ursache von Fehlgeburten. Sie wird sehr fleißig suchen müssen und wenn sie fündig geworden ist, wird in dem dicken Buch der menschlichen Krankheiten nur ein einziges Wort neu geschrieben.

Wünschen wir ihr trotzdem Erfolg!

Idm

BERLINER ÄRZTE

4/2016 53. 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

**Anzeigen- und Ab-
verwaltung 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 2016, gültig ab 01.01.2016.

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 € 87,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 59,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 87,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,00 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2016