

BERLINER ÄRZTE

06/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

CHOOSING WISELY

Wie treffe ich kluge
Entscheidungen?



Personalisierte und evidenzbasierte Medizin



Foto: Rafael Poschmann

Eine 52-jährige Patientin mit stabiler atypischer Angina pectoris stellt sich ambulant vor. Wie entschieden Sie, welche Untersuchungen angezeigt sind?

Eine konkrete Hilfe gibt die personalisierte Schätzung der Prätestwahrscheinlichkeit für eine koronare Herzkrankheit (KHK). Um diese Wahrscheinlichkeit besser einschätzen zu können, haben wir eine App für die personalisierte Berechnung der KHK-Wahrscheinlichkeit bei stabilen thorakalen Schmerzen entwickelt. Hierbei werden Patienten- und Beschwerdecharakteristika berücksichtigt und für den einzelnen Patienten die Wahrscheinlichkeit berechnet.

Wobei hilft dieser Ansatz zur personalisierten Medizin?

Die Leitlinien empfehlen bei Patienten mit geringer Prätestwahrscheinlichkeit für eine KHK (<10 %) keine weitere Diagnostik und bei hoher Prätestwahrscheinlichkeit (>85 %) eine invasive Untersuchung mit dem Herzkatheter. Bei mittlerer Prätestwahrscheinlichkeit werden nicht-invasive Untersuchungen empfohlen. Die subjektive Einschätzung der KHK-Wahrscheinlichkeit variiert jedoch von Arzt zu Arzt. Dies kann dazu führen, dass bei einzelnen Patienten nicht immer die optimale diagnostische Strategie zum Zuge kommt. Die in Deutschland und den USA im Vergleich zu anderen Ländern relativ hohe jährliche Rate an Herzkatheteruntersuchungen von über 1.000 pro 100.000 Einwohner (Moschovitis et al. Eurointervention 2010, Patel et al. NEJM 2010) ist ein möglicher Indikator hierfür.

Prof. Dr. med. Marc Dewey
ist Heisenberg-Professor für
Radiologie und Stellvertretender
Direktor des Instituts für Radiologie
der Charité.

Die personalisierte Medizin wird uns helfen, auf die individuelle klinische Situation optimal einzugehen und den besten Test zur rechten Zeit für den jeweiligen Patienten anzuwenden.

Wie verknüpfen wir personalisierte mit evidenzbasierter Medizin?

Im DISCHARGE-Projekt (www.discharge-trial.eu) wird die personalisierte KHK-Wahrscheinlichkeit in einer randomisierten Studie mit zwei diagnostischen Strategien verknüpft. Die Strategien sind: 1) die Computertomographie und 2) die invasive Koronarangiographie. Basierend auf den Ergebnissen der nicht-invasiven oder invasiven Bildgebung treffen die interdisziplinären Herzteams in den 25 klinischen Zentren die Therapieentscheidungen für über 3.500 randomisierte Patienten unter Berücksichtigung der Leitlinien. Damit wird die personalisierte Einschätzung des KHK-Risikos mit einer individualisierten Managemententscheidung verbunden. Das DISCHARGE-Projekt wird von der Europäischen Kommission finanziert und umfasst 30 Partner in 18 Ländern. Wir begleiten es mit 12 Arbeitspaketen u.a. zur Gesundheitsökonomie, zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu Gender. Koordiniert wird DISCHARGE

vom Institut für Radiologie der Charité. Die Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie, das Koordinierungszentrum für klinische Studien und das Institut für Public Health der Charité sind eng eingebunden. Als klinisch wichtigste Parameter werden Herzinfarkt, Schlaganfall und kardiovaskulärer Tod statistisch verglichen.

Was ist das konkrete Ziel?

Ziel von DISCHARGE ist, dass wir mit solider Methodik zuverlässig prüfen, welchen Beitrag personalisierte Diagnostik für die evidenzbasierte kardiovaskuläre Bildgebung der Zukunft haben kann.

Wie können Berliner Ärzte DISCHARGE unterstützen?

Sie können das DISCHARGE-Projekt für Patienten mit stabilen Brustschmerzen und Verdacht auf KHK in Kooperation mit der Charité unterstützen und sich direkt über herzschmerzen@charite.de oder (030) 450-627264 bei uns melden.

Gemeinsam mit dem gesamten DISCHARGE-Team freue ich mich auf die Zusammenarbeit mit den Berliner Ärztinnen und Ärzten!

Ihr

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Unklare Zuständigkeiten während der Reanimation



Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 26 Berliner und zwei Brandenburger Krankenhäuser zusammen, um die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein CIRS (Critical Incident Reporting System), sondern berichten aus ihrem internen in das regionale Berichtssystem:

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

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

Ein/e Pflegende/r berichtet ein erstmaliges Ereignis aus der Inneren Medizin:

Eine Patientin (71-80 J.) hat schwallartig kaffeesatzartig erbrochen, dabei aspiriert. Daraufhin wurde sie reanimationspflichtig im Zimmer vom Pflegepersonal aufgefunden. Der ärztliche Dienst (äD) wurde sofort informiert, das Rea-Team über den Rea-Notruf. Der äD leitete die Reanimation ein. Das Rea-Team war schnell vor Ort. Während der Reanimation kam es zu vielen Unklarheiten in der Kommunikation, es war nicht klar, wer die Leitung hat. Es kam zu einigen Missverständnissen zwischen Rea-Team und Stationsteam. Die gesamte Reanimation lief nicht optimal, da die Hierarchien, Strukturen und Aufgabenverteilung unklar blieben. Die Patientin wurde unter Reanimationsbedingungen auf die Intensivstation verlegt.

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

In der Notfallversorgung ist eine schnelle kompetente Versorgung unter klarer Leitung, die alle Maßnahmen effektiv koordiniert, essentiell für das Überleben der Patienten. Missverständnisse und Verzögerungen z. B. infolge eines Kompetenzgerangsels, wie im Bericht offensichtlich beschrieben, können Patienten erheblich gefährden.

Das European Resuscitation Council (ERC) empfiehlt für die innerklinische Notfallversorgung den Einsatz von speziellen Notfall-Teams, die auch bei der Rea unterstützen oder vor Ort übernehmen. In vielen Krankenhäusern wird dies durch Reanimationsteams durchgeführt, die z. B. aus einem Arzt und einem Pflegenden, idealerweise mit intensivmedizinischer und -pflegerischer Kompetenz bestehen. Welche Mitarbeiter bzw. welche Teams was wann durchführen und wann sie an andere übergeben sollen, war hier möglicherweise nicht hinreichend geregelt, bekannt oder geübt.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Alle klinischen Mitarbeiter in der direkten Patientenversorgung müssen kritisch kranke Patienten erkennen können und im Basic Life Support (BLS) trainiert sein. Dafür erhalten sie je nach Aufgabenbereich jährliche bis dreijährliche Trainings. Dabei gehören zum BLS-Training neben den üblichen Maßnahmen wie Herzdruckmassage und Beatmung auch die Organisation weiterer Hilfe, das Herbeiholen und Instandhalten der Reanimationsausrüstung sowie je nach Berufsgruppe und Erfahrung die Leitung einer Rea.

- Angekündigte oder unangekündigte Rea-Übungen direkt auf der Station helfen, den Effekt regelmäßiger Schulungen zu verstärken. Während einer Reanimation müssen Kommunikation und Abläufe stark strukturiert ablaufen – dies erreicht man nur durch wiederholtes Training.
- Spezielle Rea-Teams müssen intensiver geschult werden. In der Schulung sollte auch die Übernahme von einem örtlichen Team geübt werden.
- Die Aufgabenaufteilung bei einer Rea zwischen den Mitarbeitern vor Ort und dem Rea-Team muss im Krankenhaus einheitlich geregelt und allen Mitarbeitern bekannt sein. So empfiehlt sich im Falle eines Kreislaufstillstandes die zügige Übernahme durch das innerklinische Rea-Team auch deshalb, weil bei Erfolg der Wiederbelebung der Patient ohnehin auf die Intensivstation verlegt wird und in vielen Fällen dann schon von Intensivmitarbeitern betreut wurde.
- Eine Nachbesprechung (De-Briefing) nach einer Reanimation ist ein weiteres wichtiges Ausbildungsinstrument, das die Qualität der Reanimation und Überlebensrate erhöhen kann und vermutlich zu selten eingesetzt wird.
- Die Dt. Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) betreibt seit 2007 das Deutsche Reanimationsregister, in dem außer- wie innerklinische Reanimationen aus derzeit 129 stationären Einrichtungen erfasst werden und das der Qualitätsförderung von Reanimationen dient (<http://www.reanimationsregister.de/home.html>).

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 133725 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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



TITELTHEMA



VON DEN KLUGEN ENTSCHEIDUNGEN

Mit der Initiative „choosing wisely“ sind amerikanische Fachgesellschaften angetreten, um eine offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zum Thema Überversorgung zu fördern.

Nun haben auch deutsche Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften Verfahren entwickelt, Initiativen gegründet und Empfehlungen zum Thema vorgelegt. Einen Überblick zum aktuellen Stand der Dinge erhalten Sie hier.

GASTKOMMENTAR.....

Personalisierte und evidenzbasierte Medizin

Von Marc Dewey.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Elimination der Masern in Deutschland – Licht und Schatten im Jahr 2015

Informationen aus dem Robert Koch-Institut.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Paläo-Snack oder Gesundheits-App – oder doch vielleicht ein Fall für KRITIS?

Von Uwe Torsten.....21

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

Vereinfachten Zugang zur Wissenskontrolle nutzen

Von Henning Schaefer.....30

FORTBILDUNG.....

CIRS – Der aktuelle Fall.....4

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

BERUFSRECHT.....

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.....25

PERSONALIEN.....

In memoriam Dieter Lamm

Von Andreas D. Ebert und Jalid Sehoul.....27

Bestandene Facharztprüfungen März/April 2016.....28

FEUILLETON.....

Hermann Oppenheim: Forscher, Diagnostiker, Entdecker und Wegbereiter

Von Roland Schiffter.....31

Der doppelte Künstler

Von Adelheid Müller-Lissner.....32

Die Großen forschen & forschen wie die Großen: Das RKI wird 125 Jahre alt

Das Robert Koch-Institut hat die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health) im Blick und ist weltweit eine der ältesten Einrichtungen dieser Art.

In diesem Jahr feiert das Institut sein 125-jähriges Bestehen. Auf dem Programm zum Jubiläum stehen unter anderem eine wissenschaftliche Tagung zum Thema Public Health, ein zwölfteiliger Salon zur Instituts-geschichte und ein Kindertag unter dem Motto „Forschen wie die Großen“.

Bei der Tagung am 30.6. und am 1.7.2016 mit internationalen Gastrednern stehen verschiedene Public-Health-Themen auf dem Programm. Fragestellungen, die am ersten Tag diskutiert werden, sind zum Beispiel:
Wie läuft die Untersuchung eines Krankheitsausbruchs ab? Wie ist der Stand bei der Elimination der Masern?



Quelle: Robert Koch-Institut

Robert Koch-Institut, 1900.

Welche Herausforderungen für die Gesundheit der Bevölkerung bringt die Alterung der Gesellschaft mit sich? Wie beeinflusst die soziale Lage die Gesundheit?

Am zweiten Tag werden unter anderem RKI-interne Expertenteams erste Ergebnisse ihrer

Arbeit vorstellen, mit der wichtige Forschungsfelder wie das der Antibiotikaresistenz weiter geschärft werden sollen.

Am 3.7.2016 öffnet das RKI dann wieder seine Türen für einen Kindertag, erstmals am Standort in der Seestraße 10, wo auch das

neue Laborgebäude mit einem Hochsicherheitslabor erstmals für die Öffentlichkeit zugänglich sein wird.

Der Start ins Jubiläumsjahr erfolgte bereits mit verschiedenen Veranstaltungen unter dem Motto „Salon zur Instituts-geschichte“. In deren Rahmen wird jeden Monat im Lesesaal der Bibliothek ein besonderes Exponat aus dem Museum des RKI, dem historischen Bibliotheksbestand oder aus Privatbesitz präsentiert und gibt Anlass für eine Zeitreise. Zu den Vortragenden der kommenden Veranstaltungen im Rahmen der Reihe gehört beispielsweise Rita Süßmuth, die im Oktober die 80er Jahre und den Umgang mit HIV/Aids thematisieren wird.

Weitere Informationen zum Jubiläumsjahr des RKI finden Interessierte im Internet unter:
www.rki.de/jubilaem2016

Kartenset informiert über Angebote zur Schwangerschaftsberatung

Wenn der Schwangerschaftstest positiv ausfällt, ist das für die meisten Frauen ein Grund zur Freude. Manche Frauen befürchten jedoch berufliche oder finanzielle Unsicherheit durch die Schwangerschaft. Andere sorgen sich, dass die Partnerschaft nicht stabil genug ist oder geben gesundheitliche Probleme an. Fast jede fünfte der 20- bis 44-jährigen Frauen ist laut der repräsentativen Studie „frauen leben 3“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mindestens einmal im Leben ungewollt schwanger.

In dieser Situation können Schwangerschaftsberatungsstellen eine große Hilfe sein, da sie vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten anbieten. Jedoch zeigt die BZgA-Studie auch, dass nur jede dritte Frau, die ungewollt schwanger ist, eine solche Beratung auch in Anspruch nimmt. Deshalb hat die Zentrale neues Infor-

mationsmaterial entwickelt, das über das Angebot der Schwangerschaftsberatungsstellen informiert. Hierbei handelt es sich um ein Kartenset, bestehend aus einem Umschlag mit fünf Karten zu verschiedenen Beratungsanlässen: 1. Schwangerschaft, Geburt und die erste Zeit mit Kind, 2. Pränataldiagnostik, 3. ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft, 4. Frühe Hilfen für (werdende) Eltern sowie 5. Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung. Das Kartenset stellt die BZgA gynäkologischen Arztpraxen und Beratungsstellen kostenfrei zur Verfügung, damit sie es je nach Beratungsanlass und Lebenssituation der Schwangeren einsetzen können. Interessierte können das Set unter: <http://www.bzga.de/infomaterialien/familienplanung/kartenset-schwangerschaftsberatung> herunterladen oder bestellen.



10 Jahre Arzneimittelforschung der Charité Research Organisation

Im April 2006 hat die Charité Research Organisation (CRO) als Tochtergesellschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin ihre Arbeit aufgenommen. Das Ziel war es, komplexe, wissenschaftlich anspruchsvolle Studien in den frühen Phasen der Arzneimittelentwicklung im akademischen Umfeld eines Universitätsklinikums zu ermöglichen.

Inzwischen hat die CRO mehr als 200 der gesetzlich vorgeschriebenen Arzneimittelstudien erfolgreich umgesetzt. So kooperiert die CRO mit vielen Abteilungen und Instituten der Charité und kann zwischen 40 und 60 Forschungsprojekte zeitgleich verfolgen. Die Indikationsgebiete umfassen fast das gesamte Spektrum der Medizin.

Schwerpunkte sind Autoimmunerkrankungen, Erkrankungen der Lunge und des Herzkreislaufsystems, ebenso die Bereiche Infektiologie, Neurologie und Dermatologie. Hinzugekommen sind zudem Studien zu Nahrungsergänzungsmitteln. Ärzte und Wissenschaftler der CRO sind an der Prüfung innovativer Wirkstoffe beteiligt, einige stehen bereits Patienten zur Verfügung, so beispielsweise ein kürzlich in den USA zugelassener Wirkstoff zur Behandlung von chronischer Hepatitis C.

Das akademisch eingebundene Forschungsinstitut widmet sich außerdem Projekten, die nicht oder noch nicht im Fokus der pharmazeutischen Industrie stehen.

Nähere Informationen finden Interessierte unter: www.charite-research.org

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

PD Dr. med. Gerrit Grieb, Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Handchirurgie hat zum 01. April 2016 die Leitung der neuen Abteilung Plastische Chirurgie und Handchirurgie im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe übernommen. Dr. Grieb war zuvor Oberarzt an der RWTH Aachen. Im letzten Jahr erhielt er den Wissenschaftspreis der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen für seine Habilitationsschrift „Die Rolle des Zytokins macrophage migration inhibitory factor (MIF) in der Wundheilung und seine Bedeutung als Biomarker für Schwerbrandverletzte“.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Wie bereits in Heft 05/2016 mitgeteilt, hat Dr. Denis Poddubnyy im April die Leitung der Rheumatologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Dieser Bereich gehört zur Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie am Campus Benjamin, die von Prof. Britta Siegmund geleitet wird. Die Leitung der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie am Campus Charité Mitte hat Prof. Gerd-Rüdiger Burmester inne.

DRK Kliniken Berlin | Westend

Die Position der Ärztlichen Leitung der DRK Kliniken Berlin | Westend hat am 1. April 2016 PD Dr. med. Arpad von Moers übernommen. Er leitet bereits seit elf Jahren die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und war jahrelang in der Krankenhausleitung als stellvertretender ärztlicher Leiter tätig. Dr. von Moers tritt die Nachfolge von Dr. med. Ralph Schoeller an, der nach langjähriger Tätigkeit als Ärztlicher Leiter und nach 25-jähriger Tätigkeit als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie in den Ruhestand gewechselt ist. Die Stellvertretung der ärztlichen Leitung übernimmt weiterhin Prof. Dr. med. Thomas Steinmüller. Unterstützt werden die beiden durch den neuen stellvertretenden Ärztlichen Leiter PD Dr. med. Bernd Frericks. Die Krankenhausleitung des Standortes Westend besteht zukünftig aus dem Ärztlichen Leiter Dr. med. Arpad von Moers, der Pflegedienstleiterin Martina Parow sowie der Kaufmännischen Leiterin Patricia Over.

Krankenhaus Waldfriede

Seit Anfang April ist Dr. med. Florian Müller neuer Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Waldfriede. Zuletzt war er langjährig als leitender Oberarzt im Martin-Luther-Krankenhaus tätig, wo seine Schwerpunkte auf der minimal-invasiven Chirurgie sowie der operativen gynäkologischen Onkologie lagen. Seine Facharztausbildung absolvierte er ebenfalls im Martin-Luther-Krankenhaus, gefolgt von oberärztlich-geburtshilflicher Tätigkeit im Krankenhaus Havelhöhe.

DRK Kliniken Berlin | Wiegmann Klinik

Die langjährige Chefarztin und Ärztliche Leiterin der DRK Kliniken Berlin | Wiegmann Klinik, Dr. med. I.-Dorothee Kress, ist zum 30. April 2016 ausgeschieden und in den Ruhestand gewechselt. Nachfolger ist seit dem 1. Mai 2016 Dr. med. Robert Smolka. Der gebürtige Hannoveraner hat in Köln, Bonn und Bern Medizin studiert. Es folgten Stationen als Assistenz- und Facharzt in der Rhein-Klinik Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Bad Honnef, der Eberhard-Karls-Universität am Universitätsklinikum Tübingen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie am Klinikum Stuttgart im Bürgerhospital in der Neurologischen Klinik. Zuletzt war er Oberarzt der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Departments für Innere Medizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen und hatte dort vielfältige Leitungsfunktionen in Krankenversorgung, Lehre und Forschung inne.

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: s.rudat@aekb.de oder m.peeters@aekb.de

Terminservicestellen der KV Berlin

Erste Bilanz nach 100 Tagen

Rund ein Drittel der Anrufer in der Terminservicestelle erfüllen die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des Angebots, so die Bilanz der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin zu den ersten 100 Tagen der Terminservicestelle. Ihnen allen konnte ein Termin bei einem entsprechenden Facharzt vermittelt werden. Die übrigen Anrufer seien in der Terminservicestelle jedoch „falsch verbunden“ gewesen. Ein Drittel habe allgemeine Anfragen zu Ärzten und der Terminservicestelle gehabt, anderen habe die Voraussetzung, den Dienst in Anspruch zu nehmen, gefehlt. So benötigten Anrufer eine Überweisung, bzw. eine codierte Überweisung zu einem angefragten Facharzt.

Insgesamt verzeichnete die Terminservicestelle nach KV-Angaben seit Einführung des Angebotes 4.541 Anrufe.

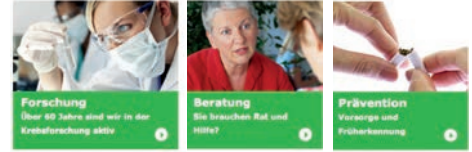
Von 1.548 Anrufern im Februar hatten 412 einen Überweisungscode für die Dringlichkeit, im März waren es 408 von insgesamt 1.330 Anrufern und im April 562 von 1.663 Anrufern.

Die „Top 5“ der angefragten Fachgruppen waren Neurologie, Kardiologie, Radiologie, Gastroenterologie und Psychiatrie.

Anfragen beispielsweise zu Augenärzten, die von der Codierungsregelung per Gesetz ausgenommen und direkt zu vermitteln sind, gab es im Februar 46, im März 24 und 28 im April. Einen Termin bei Gynäkologen, die ebenfalls direkt vermittelt werden, erfragten im Februar 22, im März 5 und im April 7 Anrufer. Den geringsten Vermittlungsbedarf gab es in den ersten 100 Tagen für die Fachgruppen: HNO, Hämatologie, Onkologie, Innere Medizin ohne Spezialisierung, Diabetologie, Nephrologie, Proktologie, Urologie, Schmerztherapie und Nuklearmedizin.

Berliner Krebsgesellschaft

Psychologische Beratung für krebskranke Frauen in türkischer Sprache



Die Berliner Krebsgesellschaft hat ihr kostenfreies Beratungsangebot erneut erweitert: Ab sofort bietet der Verein psychologische Beratung für krebskranke Frauen in den Räumen des Bahar e.V., Mehringdamm 32 in Kreuzberg, auch auf Türkisch an. Dort können sich Patientinnen und deren Angehörige montags in der Zeit zwischen 11 und 14 Uhr von der Psychologin Özlem Özöncel beraten lassen.

In Berlin leben derzeit rund 170.000 Menschen mit türkischen Wurzeln. Rein statistisch erkrankt jeder dritte im Laufe seines Lebens an Krebs. Viele davon benötigen psychologische Unterstützung, oft auch noch Jahre nach der Diagnose. Doch erfahrungsgemäß nehmen Menschen mit Migrationshintergrund deutlich seltener die Unterstützung der Berliner Krebsgesellschaft in Anspruch als gebürtige Deutsche. „Oft ist es die Sprachbarriere, die Menschen mit türkischen Wurzeln davon abhält, Rat und Hilfe bei uns zu suchen“, sagt die Vorstandsvorsitzende der Berliner Krebsgesellschaft Prof. Dr. Petra Feyer. „Mit dem neuen Beratungsangebot auf Türkisch

wollen wir diese Barriere abbauen und hoffen, möglichst viele Betroffene zu erreichen.“

Bereits im Dezember hat die Berliner Krebsgesellschaft drei neue Beratungsstellen in Spandau, Köpenick und Lichtenberg eingerichtet, um Krebspatienten und deren Angehörige möglichst wohnortnah zu erreichen.

Interessierte können sich an die zentrale Terminvergabe für alle Standorte unter der Rufnummer: 030 / 283 24 00 oder per E-Mail: beratung@berliner-krebsgesellschaft.de wenden.



Bezirk Kreuzberg
(Beratung in türkischer Sprache)
Bahar e.V.

Psychologische Beratung für Frauen mit Krebserfahrung
Mehringdamm 32, 10961 Kreuzberg
montags 11 bis 14 Uhr

Medibüro Berlin sucht Unterstützer

Das Büro für medizinische Flüchtlingshilfe (Medibüro) ist ein selbstorganisiertes, nichtstaatliches Projekt und verfolgt seit seiner Gründung 1996 das Ziel, die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung zu verbessern.

Aktuell suchen die Mitarbeiter weitere Unterstützung für ihre praktische Arbeit. Sie vermitteln im Rahmen von zweimal wöchentlich stattfindenden Sprechzeiten Patienten an ein Netzwerk aus

Arztpraxen, die sich bereit erklärt haben, Behandlungen anonym und für bedürftige Menschen ohne Krankenversicherung kostenfrei durchzuführen.

Die Kosten für Medikamente, orthopädische Hilfsmittel, labor-technische Untersuchungen, bildgebende Verfahren etc. werden über Spendengelder finanziert.

So arbeitet das Medibüro:

- Patienten kommen zu den Sprechzeiten in das Medibüro und stellen sich mit ihren Beschwerden vor.

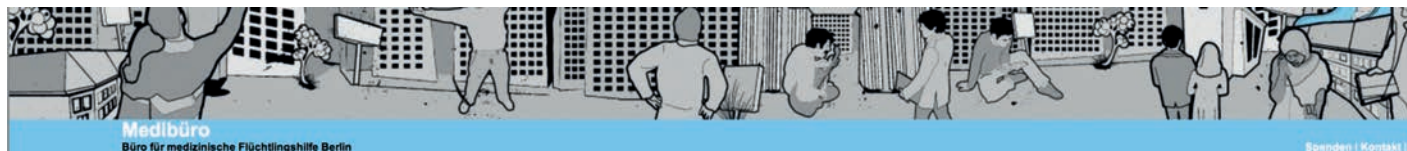
- Die Mitarbeiter vereinbaren mit den Praxen einen Termin und vermerken diesen auf einer vertraulich behandelten Kontaktliste.
- Die Patienten erhalten einen Vermittlungszettel mit der Praxisanschrift, den sie zum Termin mitbringen.
- Die Behandlung erfolgt anonym.

Aktuell kooperiert das Medibüro mit einem Netzwerk von etwa 120 Ärzten und Zahnärzten. Dabei findet die Zusammenarbeit nicht in einer

rechtlichen Grauzone statt und die teilnehmenden Ärzte machen sich weder strafbar noch sind sie verpflichtet, Daten an die Ausländerbehörde weiterzugeben.

Wenn Sie sich eine Kooperation mit dem Medibüro Berlin vorstellen können und mehr über dessen Arbeit erfahren möchten, können Sie sich per E-Mail an: info@medibuero.de wenden.

Informationen erhalten Sie zudem im Internet unter: www.medibuero.de oder telefonisch: 030 / 694 67 46.



Elimination der Masern in Deutschland – Licht und Schatten im Jahr 2015

Ausgerechnet in dem Jahr, in dem die Elimination der Masern und Röteln erstmals in Deutschland nach den WHO-Kriterien verifiziert werden sollte, wurden so viele Fälle wie seit 14 Jahren nicht mehr gemeldet. Mit Stand 01.03.2016 gingen für das Jahr 2015 Daten von 2.464 Fällen aus 14 Bundesländern am Robert Koch-Institut (RKI) ein, davon 1.243 Masernfälle (50 Prozent) aus Berlin. Über 60 Prozent aller dem europäischen ECDC in Stockholm 2015 übermittelten Masernfälle kamen aus Deutschland. Ein trauriger Rekord.

Die bei weitem höchste Inzidenz (Erkrankungen pro 1 Mio. Kinder in dieser Altersgruppe) betraf die Kinder im ersten und zweiten Lebensjahr. Ein Kind in diesem Alter verstarb in Folge der Maserninfektion. Besonders diese Kinder sind somit weiterhin nicht ausreichend z.B. durch einen Herdenschutz oder eine rechtzeitige Impfung gegen Masern geschützt. Der fehlende Herdenschutz ergibt sich besonders durch eine fehlende Immunität in den höheren Altersgruppen, besonders bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dafür spricht auch, dass 51 Prozent der übermittelten Masernfälle 15 Jahre und älter waren.

Seit Juli 2015 ging die Zahl übermittelter Masernfälle deutlich zurück. Der Berliner



Ausbruch wurde Ende August 2015 vom LAGeSo für beendet erklärt. Von November 2015 bis Februar 2016 lagen die monatlichen Fallzahlen im einstelligen Bereich. Für 2016 wurden bis Ende März Daten von 26 Masernfällen übermittelt. Ein historischer Tiefpunkt, aber: es wird häufig beobachtet, dass einem Jahr mit besonders vielen Fällen vielfach ein Jahr mit weniger Fällen folgt. Ein weiterer kontinuierlicher Diskussionsprozess mit allen Akteuren und nachdrückliche Aktivitäten in Form von Informations- und Impfkampagnen sind notwendig, um die Bevölkerung zu informieren und für eine Impfung zu gewinnen.

Auch dazu hat das Jahr 2015 beigetragen: Im Juni 2015 wurde der „Nationale Aktionsplan 2015-2020 zur Elimination der Masern und Röteln in Deutschland“ im Rahmen der 4. Nationalen Impfkonzferenz in Berlin verabschiedet und von der 88. Gesundheitsministerkonferenz nachdrücklich unterstützt. Sechs konkrete Ziele wurden im Aktionsplan festgelegt, die evaluiert und zu einem bestimmten Zeit-

punkt erreicht werden sollen. Dazu wurden Bevölkerungsgruppen mit besonderem Handlungsbedarf hervorgehoben, wie zum Beispiel Kinder im Alter von 11 bis 24 Monaten oder nach 1970 geborene Erwachsene. Für alle Ziele werden Maßnahmen vorgeschlagen und mögliche Akteure benannt. Der Plan ist unter www.rki.de/masern abrufbar.

Auch das im Juli 2015 verabschiedete Präventionsgesetz wird dazu beitragen, die Elimination der Masern und Röteln voran zu bringen. So sind nun zum Beispiel Eltern bei Aufnahme ihrer Kinder in eine Kindertageseinrichtung verpflichtet, einen ärztlichen Nachweis vorzulegen, dass sie zum vollständigen Impfschutz ihres Kindes beraten wurden. Wie diese Vorschrift umgesetzt werden soll, wird in einigen Ländern zurzeit noch diskutiert. Ferner wird es künftig durch eine Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes den zuständigen Behörden erleichtert, bei Auftreten von Masern in einer Gemeinschaftseinrichtung ungeimpfte Kinder vorübergehend auszuschließen. Überdies ist es nun möglich, dass Krankenkassen oder ihre Verbände in Ergänzung zur vertragsärztlichen Versorgung mit Arbeits- oder Betriebsmedizinern, Verträge z.B. über Präventionsempfehlungen schließen.

Gesundheitsstudie

Größte Studie zur Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung

Mitarbeiter der Nationalen Kohorte (NAKO), Deutschlands größter Gesundheitsstudie, haben nun eine erste Bilanz gezogen. Im NAKO-Studienzentrum Berlin-Mitte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin informierten die Macher der Studie über den aktuellen Stand. Was wurde bisher erreicht? Wie kommt die Studie an und wie geht es weiter? Die NAKO untersucht in den kommenden Jahren bundesweit in 18 Studienzentren Bürgerinnen und Bürger zwischen 20 und 69 Jahren. Ziel ist es, Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten wie Krebs, Demenz, Diabetes zu verbessern. Mit 50.000 von bundesweit 200.000 geplanten Studienteilnehmern ist die NAKO bereits jetzt größer als alle anderen bevölkerungs-

bezogenen Studien in Deutschland. Sie bietet damit eine umfangreiche Forschungsplattform, um die Entstehung von chronischen Krankheiten, Infekti-

onskrankheiten und Atemwegserkrankungen wissenschaftlich zu untersuchen. Finanziert wird die Studie durch den Bund, die beteilig-

ten Länder und die Helmholtz-Gemeinschaft. In Berlin gibt es drei NAKO-Studienzentren: Neben der Charité laden das Studienzentrum Berlin-Nord am Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin und das Studienzentrum Berlin-Süd/Brandenburg am Charité Campus Benjamin Franklin unter der Leitung des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke die Studienteilnehmer ein. Einer der Schwerpunkte des Studienzentrums Berlin-Mitte ist beispielsweise, den Gesundheitszustand von Berlinerinnen und Berlinern mit Migrationshintergrund zu untersuchen.

Insgesamt wurden in Berlin bisher rund 4.000 Teilnehmer untersucht – ihre Rückmeldungen sind überwiegend positiv.



Silke Janetzek, Teilnehmerin im Studienzentrum Berlin-Mitte, bekam als 50.000 Probandin von Prof. Dr. Karl-Heinz Jöckel, Vorstandsvorsitzender des Vereins Nationale Kohorte, Blumen und eine Urkunde.

GOÄ-Novelle

GOÄ-Institut gegründet

Am 11. Mai 2016, rund zwei Wochen vor dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg, haben die Privatärztliche Verrechnungsstellen (PVS) und die Stiftung Privatmedizin die „GO Daten-Consult GmbH i. Gr.“, kurz GOÄ-Institut, gegründet. Ziel der Einrichtung sei es laut Pressemitteilung, die Arbeiten rund um den GOÄ-Novellierungsprozess zu unterstützen und mögliche Asymmetrien zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern in Bezug auf die GOÄ zu beseitigen.

Mit der als gemeinnützig konzipierten Gesellschaft wollen die PVS und die Stiftung Privatmedizin ihre Kompetenzen bündeln und in Zusammenarbeit mit dem Kieler Institut für Mikroda-

ten-Analyse (IfMDA) ein neues Datenangebot für den weiteren GOÄ-Novellierungsprozess bereitstellen.

Hintergrund der Gründung ist die Tatsache, dass die PVS über GOÄ-Abrechnungsdaten in repräsentativer Breite – beispielsweise von ambulanten und stationären Abrechnungstatbeständen für PKV-Vollversicherte, über Daten von Beihilfeberechtigten mit und ohne PKV-Versicherung, bis hin zu Daten von Selbstzahlern oder PKV-Versicherten mit Eigenbeteiligung – verfügen. Im GOÄ-Institut sollen diese Daten als repräsentative Stichprobe für weitere Untersuchungen bereitgestellt werden. Damit die Repräsentativität der Daten

gegeben ist, soll eine Schichtung nach Nord/Süd-, Ost/West- und Stadt/Land-Regionen erfolgen. Zudem wollen die Verrechnungsstellen Honorarexperten in die Einrichtung entsenden, um vor Ort die Arbeiten und Analysen im Interesse von Ärzten und Patienten beratend zu unterstützen.

Um über die Abrechnungsdaten Hochrechnungen für den Gesamtmarkt der Privatliquidationen zu realisieren, werden die PVS-Daten mit verschiedenen anderen Datenquellen, beispielsweise mit denen der Privaten Krankenversicherer, kombiniert. So soll ein neues Datenangebot, die „GOÄ-Analyse“ entstehen.

Die Erarbeitung dieser Analyse wird im Rahmen eines Treuhänderischen Verfahrens zusammen mit dem IfMDA in Kiel erfolgen und so über kurz oder lang die Frage „Wie verändert sich die Honorarsituation für Arztpraxen und Kliniken?“ beantworten. Dadurch sollen Berufsverbände, ärztliche Verbände und ärztliche Verhandlungsführer die Möglichkeit erhalten, Status-Quo-Analysen, GOÄ-Kapitalnovellierungen und GOÄneu-Reform-Analysen mit dem Team der Einrichtung zu erarbeiten. Weitere Informationen erhalten Interessierte bei der Stiftung Privatmedizin per E-Mail an: kontakt@stiftung-privatmedizin.de oder unter der Rufnummer: 030 / 28 04 96 53.

Fortbildung

Das deutsche Gesundheitssystem

Für den 16. und 17. Juni 2016 lädt die Kaiserin Friedrich-Stiftung wieder zu einem Kompaktkurs für ausländische Ärztinnen und Ärzte ein. Die Veranstaltung richtet sich an ausländische Ärzte in Fort- und Weiterbildung mit guten Deutschkenntnissen.

Auf dem Programm steht unter anderem eine Einführung in folgende Themen:
Standesorganisationen, Krankenversicherungen, Medizinrecht, Dokumentationspflichten, Rehabilitation, Sozialmedizin, Arzneimittelverordnung, Approbation, Kenntnisprüfung, Weiterbildung, Zeugnisse und Logbuch, Anerkennung, stationäre Gesundheitsversorgung, Arbeitsrecht sowie Interkulturelle Kompetenzen.

Die Wissenschaftliche Leitung haben Dr. Gisela Albrecht und Prof. Dr. Hans-Peter Vogel übernommen.

Die Fortbildungsveranstaltung findet im Hörsaal der Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin statt. Eine schriftliche Anmeldung ist bis zum 10.06.2016 erforderlich und die Teilnahme an der Tagung ist kostenfrei.

Nähere Informationen erhalten Interessierte bei Christine Schroeter per E-Mail unter: c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de oder telefonisch unter: 030 / 30 88 89 20. Informationen gibt es zudem unter: www.kaiserin-friedrich-stiftung.de
Die Veranstaltung ist von der Ärztekammer Berlin mit zwölf Fortbildungspunkten (sechs Punkte pro Tag) anerkannt.

Save the Date



5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin 26. NOVEMBER 2016, 9:00 – 17:00 Uhr

in Kooperation mit der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



Die Digitalisierung im Gesundheitswesen - Digital Health - ist Trend. Es existieren mehr als 100.000 Gesundheits-Apps, unzählige Gesundheits-Webseiten und Portale.
Das E-Health Gesetz schafft Rahmenbedingungen für die digitale Vernetzung unseres Gesundheitswesens.
Aber was genau steckt dahinter? Können digitale Angebote die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wirklich verbessern – Wo sind Chancen, wo sind Grenzen? Und, was bedeutet diese Dynamik für mich als Arzt im Kontakt mit meinen Patienten?!

Das vollständige Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie in Kürze auf der Homepage der Ärztekammer Berlin:
www.aerztekammer-berlin.de

Fortbildung

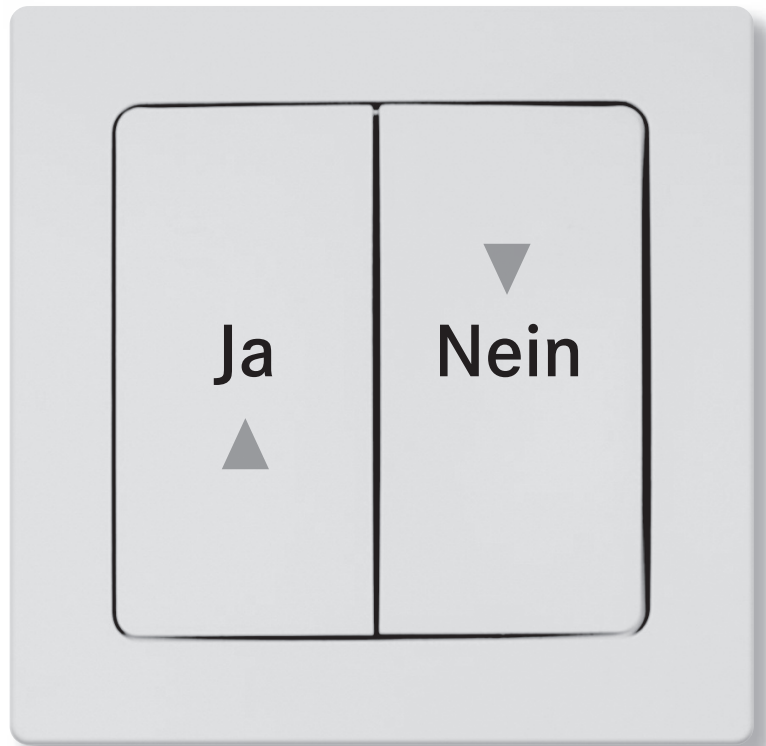
Nicht-ärztliche Praxisassistentinnen und Praxisassistenten Fortbildungskurs der Ärztekammer Berlin – Herbst 2016

Die Ärztekammer Berlin plant, ab September 2016 einen weiteren Fortbildungskurs nach dem Curriculum der Bundesärztekammer „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ anzubieten.

Für die konkrete Planung benötigen wir Angaben zu Ihrem Fortbildungsbedarf. Bitte lassen Sie uns bei Interesse Ihre Angaben mittels des nachstehenden Coupons bis zum 30. Juni 2016 zukommen.

Bitte senden Sie den Coupon bis zum 30. Juni 2016 an: Ärztekammer Berlin, Abt. 3 – Berufsbildung, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin oder per Fax an: 4 08 06 - 22 99 oder per Mail an: MedF@aekb.de Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: 4 08 06 - 26 36	
Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ (Herbst 2016)	
Praxisadresse (Bitte in Druckbuchstaben / Stempel)	Telefon
Ansprechpartner: _____	Fax
Zahl Assistenzpersonal, das fortgebildet werden soll: _____ Person(en)	Mail
Anmerkungen: _____ _____	

VON DEN KLUGEN ENTSCHEIDUNGEN



To do or not to do? Mit „Choosing wisely“ haben die amerikanischen Fachgesellschaften vorgemacht, wie man Hitlisten überflüssiger Tests und Therapien aus den verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen zusammenstellt, die für Ärzte wie Laien hilfreich sind. Mit „Gemeinsam klug entscheiden“ erweitert die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nun das Verfahren für Deutschland: Es soll auch Listen mit prägnanten Positiv-Empfehlungen geben. Die Internisten sind in diesem Prozess schon am weitesten gekommen: Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin hat mit ihrer Initiative „Klug entscheiden – Über- und Unterversorgung vermeiden“ jetzt erste konkrete Empfehlungen vorgelegt.

Von Adelheid Müller-Lissner

Weise wählen

„Patienten mit unkomplizierten oberen Atemwegsinfektionen inklusive Bronchitis sollen nicht mit Antibiotika behandelt werden.“ Theoretisch dürfte diese Feststellung nicht auf Widerstand stoßen: Die Forderung, die die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie (DGI) hier formuliert, wirkt schließlich nicht gerade revolutionär: Fast möchte man meinen, die Spatzen pfeifen es inzwischen von den Dächern, dass Husten, Schnupfen, Heiserkeit in den allermeisten Fällen von Viren verursacht sind. Auf jeden Fall belegen Studien und formulieren Leitlinien, dass der Einsatz von Antibiotika hier keinen Nutzen bringt, dafür aber möglichen Schaden anrichtet, in Form von Nebenwirkungen beim Patienten, nicht zuletzt aber auch in Form von Resistenzenentwicklung bei den Bakterien. In der klinischen Praxis liege jedoch genau hier, bei den Atemwegsinfekten, die häufigste Fehlindikation bei der Verordnung von Antibiotika, so die Infektiologen. „Für die USA gibt es Daten, dass zwischen 70 und 80 Prozent aller Patienten, die sich ambulant in einer Praxis oder Notfallambulanz mit Symptomen einer respiratorischen Infektion vorstellen, Antibiotika verschrieben bekommen.“ Auch wenn belastbare Daten aus der deutschen Versorgungsforschung noch fehlen: Praxisrelevant ist diese Art der Fehlverordnung auch hierzulande. Grund genug für die DGI, im Rahmen der Initiative „Klug entscheiden“ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) die oben genannte Negativ-Empfehlung aufzustellen.

Vorbild für diese Initiative sind, wie so oft in der Medizin, Aktivitäten nordamerikanischer Fachgesellschaften. In den USA wurde im Jahr 2011, organisiert von der unabhängigen Stiftung des American Board of Internal Medicine (ABIM), die „Choosing Wisely Initiative“ ins Leben gerufen, um den „Overuse“ in Diagnostik und Therapie wirkungsvoll zu bekämpfen. Ziel der ABIM-Stiftung, die auch als Herausgeberin der Charta zur ärztlichen

Berufsethik fungiert, ist es, im Lauf der Jahre für jede Fachdisziplin eine „Top-5-Liste“ unnötiger oder sogar schädlicher Maßnahmen aufzustellen – die deshalb eigentlich zutreffender als „Flop-5-Liste“ bezeichnet werden müsste (siehe: www.choosingwisely.org). Über 70 Fachgebiete haben inzwischen solche Listen zusammengestellt – von Allgemeinmedizin über Kinderheilkunde und Neurologie bis hin zur Geriatrie.

Sie kamen in enger Kooperation mit Patienten- und Verbraucherschutz-Organisationen zustande und wurden inzwischen durch die Medien in den USA und auch in Kanada recht publik gemacht. Die Grundidee: Wenn für die Bürger erkennbar wird, dass Arzt oder Ärztin ihnen von einer Maßnahme mit der geballten Autorität der Fachgesellschaften abraten, sind sie eher zu überzeugen, dass es um den gesundheitlichen Nutzen für sie selbst geht, nicht um rigorose Sparmaßnahmen. Den Ärzten könnte eine publikumswirksam aufbereitete, von genug Publicity begleitete diagnostische und therapeutische „Abspeck“-Initiative den Rücken für eine evidenzbasierte, leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung stärken: Wenn Flyer, TV-Werbespots und

Broschüren sie dabei unterstützen, könnten sie ihren Patienten überzeugender klarmachen, dass sie kein Antibiotikum gegen ihren Husten und keine Röntgenaufnahme wegen ihres Rückenschmerzes brauchen. Und dass zahlreiche Behandlungen und Untersuchungstechniken Risiken bergen, die man nicht eingehen muss, wenn sie im konkreten Fall ohnehin nicht mit dem gewünschten Nutzen einhergehen. Kurz: Choosing Wisely könnte dazu beitragen, Überversorgung einzudämmen.

Dass das auch in Deutschland nötig ist, zeigt eine Umfrage der DGIM, an der 4.181 Mitglieder teilnahmen und deren Ergebnisse im April, ebenso wie die Empfehlungen der DGI, auf dem Kongress der Internisten in Wiesbaden vorgestellt und zeitgleich im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden. 70 Prozent der befragten Internisten geben demnach an, dass sie mehrmals pro Woche mit Überversorgung konfrontiert sind. Als Grund nennen vier von fünf Befragten die Sorge vor Behandlungsfehlern, mehr als die Hälfte aber auch das Anspruchsdenken der Patienten. Bildgebung und Labordiagnostik werden als Spitzenreiter benannt.

„Choosing Wisely“ auf dem Hauptstadtkongress

Wer sich für das Thema „Choosing Wisely“ interessiert, dem sei die Veranstaltung „Choosing Wisely – Gemein Klug Entscheiden“ auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress am 10. Juni 2016 von 14.00 – 15.30 Uhr, in Raum M1 im Citycube Berlin empfohlen:

Gemeinsam klug entscheiden - eine Initiative der AWMF, Prof. Dr. Ina B. Kopp

Weise Entscheidungen aus Sicht der Allgemeinmedizin – was heißt das?

Prof. Dr. Martin Scherer

Weise Entscheidungen in der Onkologie – was heißt das?

Dr. Johannes Bruns (Präventionsbeauftragter der Ärztekammer Berlin)

Wie entscheiden Ärzte mit ihren Patienten gemeinsam und weise?

Dr. Werner Wyrwich, MBA (Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin)

Weise Entscheidungen - worauf kommt es den Patienten an und was steuern sie bei?

Cordula Mühr, MScPH

Vorsitz: Dr. Axel Meeßen, Prof. Dr. Rolf Kreienberg

Weitere Informationen: www.hauptstadtkongress.de



Foto: DGIM/Andreas Henn

Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß

Unterversorgung scheint dagegen eher bei der medikamentösen Therapie vorzukommen. Die Mehrzahl der Befragten sieht dieses „Zuwenig“ als eher untergeordnetes Problem: Dass notwendige Leistungen nicht erbracht werden, erleben rund die Hälfte der Befragten weniger als ein Mal pro Woche, nur 22 Prozent mehrmals.

Unterversorgung – aus Unkenntnis?

Dass Unterversorgung von den befragten Ärztinnen und Ärzten als das geringere Problem angesehen wurde, kann nach Ansicht der DGIM im Einzelfall auch an schlichter Unkenntnis liegen. Immerhin gaben 44 Prozent der Befragten an, Leitlinien würden in ihrer Institution nicht umgesetzt. „Das legt für uns die Vermutung nahe, dass ein Teil der Fälle von Über- oder Unterversorgung darauf zurückzuführen sind, dass den Ärzten die notwendigen Informationen fehlen“, sagt Professor Dr. med. Gerd Hasenfuß, Kongresspräsident des 122. Internistenkongresses und Direktor der Klinik für Kardiologie und Pneumologie an der Universitätsmedizin Göttingen. Mittels einer neuen App kann jeder Arzt deshalb ab jetzt auf das Wesentliche komprimierte „Mobile Leitlinien Innere Medizin“ auf seinem Handy stets mit sich führen.

Die Mitgliederumfrage bestärke die Fachgesellschaft aber auch darin, für Über- und Unterversorgungen anfällige medizinische Leistungen im Rahmen ihrer Initiative „Klug entscheiden“ zu benennen, so Hasenfuß. „Um die Patientenversorgung spürbar zu verbessern, müssen wir auch Maßnahmen benennen, die trotz erwiesenen Nutzens nur selten zum Einsatz kommen“, ergänzt der Kieler Internist Ulrich Fölsch, Generalsekretär der DGIM. Die Initiative „Klug entscheiden“ der DGIM geht damit bewusst einen Schritt weiter als die der Amerikaner, sie sammelt auch die wichtigsten Positiv-Empfehlungen ein. Insgesamt sollen im Lauf des Prozesses, den die DGIM 2014 anstieß, 120 Negativ- und Positiv-Empfehlungen aus zwölf Schwerpunktfächern zusammenkommen. Man habe für die Empfehlungen Themen gewählt, bei denen das Zuviel oder Zuwenig im Versorgungsalltag besonders häufig vorkomme und negative Konsequenzen für die Erkrankten wie für das Versorgungssystem mit sich bringe, so Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, Direktorin der Klinik Innere Medizin IV der Helios Dr. Horst Schmidt-Kliniken in Wiesbaden.

Auf der „Positivliste“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, die bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht war, soll zum Beispiel stehen, dass jede unklare akute Gelenkschwellung unverzüglich durch Gelenkpunktion und Punktatuntersuchung abgeklärt werden sollte. „Lässt sich eine akute Gelenkschwellung nicht durch eine bekannte Grunderkrankung oder ein Trauma erklären, so soll durch eine Untersuchung des Gelenkpunktats eine bakterielle Arthritis ausgeschlossen werden, da sie rasch zu irreversiblen Schäden führt. Eine mikroskopische Untersuchung auf Uratkristalle kann zudem eine akute Gicht sichern“, so Märker-Hermann. Auf der „Negativliste“ der Rheumatologen steht das klassische Beispiel für nicht-indizierte Bildgebung, der Rückenschmerz ohne Hinweis auf dringenden Handlungsbedarf:



Foto: HELIOS Kliniken

Prof. Dr. med. Ulrich Fölsch

„Bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter sechs Wochen ohne „Red Flags“ soll eine Bildgebung nicht erfolgen.“ Eine Patientenversion der Empfehlungen ist in Planung, schließlich ist bei den chronischen Krankheiten des rheumatischen Formenkreises das Gespräch mit den Betroffenen besonders wichtig.

Ein beim Kongress genanntes Positiv-Beispiel aus der Kardiologie ist die dauerhafte Behandlung mit Antikoagulantien, wenn bei einem Patienten Vorhofflimmern diagnostiziert wurde. Bis zu 10.000 Schlaganfälle im Jahr können so, Hochrechnungen zufolge, allein in Deutschland verhindert werden. Doch nur 55 Prozent der Hausärzte ordnen die blutverdünnenden Medikamente.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin benennt als einen von fünf To-do-Punkten die pneumologische Reha nach der Exazerbation einer COPD. Die Infektiologen denken bei den Maßnahmen, die sinnvoll sind, aber zu selten durchgeführt werden, vor allem an die Prävention, und hier besonders an das Impfen. Die Empfehlung lautet schlicht, sich nach den Vorgaben der Ständigen Impfkommision am Robert Koch-Institut (STIKO) zu richten.

Unsicherheit der Ärzte, Drängen der Patienten

Vier von fünf Internisten, die sich an der Umfrage der DGIM beteiligten, treibt die Sorge vor Behandlungsfehlern um. Sie dürfte häufig dazu führen, dass zu viel Diagnostik und Therapie gemacht wird. Bildgebende Verfahren wie CTs der Herzkranzgefäße bei Menschen ohne typische Anzeichen einer koronaren Herzerkrankung würden deutlich zu oft eingesetzt, monieren die Kardiologen. „Gründe dafür könnten die Unsicherheit des Arztes, aber auch das Drängen von Seiten der Patienten sein“, so Hasenfuß. Die Pneumologen wiederum benennen die Überversorgung bei Inhalatoren. Oft werde ein neues Gerät verordnet, wo bei mangelhaftem Ansprechen erst einmal die Inhalationstechnik überprüft werden sollte. Laut der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie ist die großzügige Verordnung von Schlaf- und Beruhigungsmitteln an alte Menschen eindeutig ein Kunstfehler. Und noch dazu eines der wichtigsten Beispiele für Überversorgung in der Altersheilkunde. Nach Möglichkeit sollten Arzneimittel wie Benzodiazepine oder Neuroleptika gemieden werden, die bei älteren Patienten ein Delir verursachen könnten.

Viele der Empfehlungen sollten Ärztinnen und Ärzte eigentlich schon aus dem Medizinstudium kennen. Nach guten Erfahrungen mit dem Lehrformat der „Key Features“, bei dem Studierende an der Uni Göttingen diagnostische und therapeutische Entscheidungen am konkreten Fall lernen, will die DGIM nun ein Projekt fördern, für das solche Fälle passend zu den „Klug entscheiden“-Empfehlungen ausgewählt und den Studierenden präsentiert werden. „Wir sind in einer Art und Weise der Medizin groß geworden, dass wir Befunde erheben und dann automatisch behandeln“, sagt Manfred Gogol, Ärztlicher Direktor der Klinik für Geriatrie im Krankenhaus Lindenbrunn im niedersächsischen Copenbrügge, selbstkritisch.

Es geht um Evidenz, nicht um Rationierung

Damit ist das genuin ärztliche Thema Indikationsstellung angesprochen. Ein Thema, das alle Fachdisziplinen umtreibt. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) trägt dem mit der Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ (GKE) Rechnung, in die auch die Aktivitäten der Internisten eingebettet sind. GKE versteht sich als Qualitätsoffensive, in deren Rahmen die Fachgesellschaften ihre prägnanten Empfehlungen zu „prioritären Themen“ abgeben. In die Zehn-Punkte-Listen der einzelnen Fächer sollen erklärtermaßen nur solche Tests und Therapiemaßnahmen aufgenommen werden, die im Alltag besonders relevant sind und für, beziehungsweise gegen deren Einsatz starke Argumente sprechen. Als Dachorganisation will die AWMF den beteiligten Fachgesellschaften Schützenhilfe in methodischen Fragen leisten, wenn sie sich an die Erarbeitung ihrer Hitlisten der wichtigsten Negativ- und Positivempfehlungen machen. Im vergangenen Jahr wurde eine Ad-hoc-Kommission gebildet, die dafür ein Manual erstellt. In der inzwischen vorliegenden Konsultationsfassung dieses Papiers wird ausdrücklich betont, dass GKE-Empfehlungen nicht mit der Absicht aufgestellt werden sollten, Ärzten und Patienten die Suche nach dem individuell passenden Weg abzunehmen. „Stimmt die Indikation für den vor mir sitzenden Patienten?“ – so bringt Rolf



Foto: HELOS Kliniken

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann

Kreienberg, Präsident der AWMF und Vorsitzender der ad-hoc-Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“, das Grundanliegen der Initiative auf den Punkt. Anders als bei gesundheitsökonomischen Erwägungen zur Rationierung und Priorisierung sind nur wissenschaftliche Evidenz und Wunsch des Patienten maßgeblich. Sceptikern sagt er deutlich: „Die AWMF lässt sich mit der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden nicht vor den Karren des Geldsparens spannen.“ Das Risiko, die Negativ-Empfehlungen könnten solche nicht intendierten Konsequenzen haben, ist der ad-hoc-Kommission der AWMF wohl bewusst. In der Konsultationsfassung des Methoden-Manuals wird deshalb ausdrücklich

Empfehlungen, kein Ersatz

„Gemeinsam Klug Entscheiden-Empfehlungen heben hervor, worüber Ärzte und Patienten, andere Leistungserbringer und Kostenträger sowie Entscheidungsträger im Gesundheitssystem intensiver sprechen sollten. Dabei wird vorausgesetzt, dass die Frage, ob eine GKE-Empfehlung im Einzelfall anwendbar ist, im individuellen Gespräch zwischen Arzt und Patient geklärt werden muss. Die GKE-Empfehlungen dürfen daher keinesfalls missverstanden werden als Regelungsinstrumente oder Standards, die individualisierte Entscheidungen ersetzen könnten.“

(Aus dem Manual der ad-hoc-Kommission zur Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden (Konsultationsfassung vom 15.9.2015)

gefordert, es vor der Herausgabe von Empfehlungen zu bedenken: „Beispielsweise könnte eine Empfehlung vorschnell als Steuerungsinstrument für die Veränderung von Ressourcenallokationen verwendet werden oder durch unreflektierte Anwendung die individuelle klinische Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient verhindern.“

Im Gespräch das richtige Maß finden

Bewusst sollen sich die Empfehlungen der „Klug-entscheiden“-Initiative aber auch an Patienten richten, und an solche, die es eines Tages vielleicht werden müssen. Zu den zentralen Grundwerten der Medizin gehört schließlich neben dem

„nil nocere“ und dem Bestreben, dem Patienten Gutes zu tun, auch die Maxime, dessen Autonomie zu achten. „Shared Decision Making“ heißt das Gebot der Stunde. Mit dessen Umsetzung sich derzeit nicht nur Patientenvertreter, sondern auch Gesundheitsbehörden, Fachgesellschaften, Ethikräte und wissenschaftliche Akademien vieler Länder intensiv beschäftigen. Wie kann man im Gespräch das richtige Maß für die Behandlung festlegen? Einen Weg finden, genug zu tun, aber nicht zu viel?

„Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert“, heißt es im Positionspapier „Nachhaltige Medizin“ der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wis-

senschaften (SAMW) aus dem Jahr 2012, das wegen seiner klaren Sprache auch in Deutschland Beachtung fand. „Der Nutzen von medizinischen Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt beziehungsweise falsch interpretiert.“ Neben unabhängigen Guidelines, die es Ärzten und ihren Patienten ermöglichen sollen, zu einer „eindeutigen Entscheidungsfindung“ zu kommen, fordert das Papier auch für die Schweiz eine „Choosing wisely“-Initiative: „Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, eine Liste jener Interventionen zu erstellen, die unnötig und damit verzichtbar sind.“

Inzwischen ist die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin dieser Aufforderung mit der



Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg

Herr Prof. Kreienberg, Im Unterschied zur amerikanischen Initiative „Choosing wisely“ sollen bei der AWMF-Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ und dem Programm „Klug entscheiden“ der Internisten auch Maßnahmen aufgelistet werden, die zu oft unterlassen werden. Welcher Gedanke steht dahinter?

In den USA wurde die Initiative mit dem Ziel gestartet, die Überversorgung mit zu vielen Maßnahmen, für die es keine

»Wir wollen Ausrufezeichen setzen«

gute Begründung gibt, abzubauen. Das ist sehr wichtig, aber es war uns nicht genug: Wir sehen, dass einerseits zu viele Maßnahmen zu schnell ergriffen, andererseits aber auch Schritte in der Diagnostik und Therapie unterlassen werden, die für die Patienten wichtig wären. Auch hier müssen wir aufpassen. In meinem eigenen Fachgebiet, der gynäkologischen Onkologie, werden zum Beispiel immer wieder Chemotherapien, Bestrahlungen oder auch Hormonbehandlungen nicht angeordnet, weil man glaubt, der Mensch, der vor einem sitzt, sei zu alt und vertrage sie nicht. Die Ärzte werfen sozusagen das Handtuch, obwohl die Behandlungen für den konkreten Fall in den Leitlinien empfohlen werden. Hier ist es ganz entscheidend, die Situation mit der Patientin zu besprechen. Auf der anderen Seite gibt es natürlich eine Fülle von Beispielen dafür, dass wir Ärzte heute zu schnell ‚zu viel‘ tun, zum Beispiel bei der Bildgebung oder bei Wirbelsäulen-OPs.

Geschieht das nicht auch oft auf Wunsch der Patienten, die unter ihren Rückenschmerzen leiden?

Sicher. Daten der Krankenkassen belegen andererseits, dass vernünftige Gespräche viele Eingriffe verhindern können. Unsere Initiative trägt deshalb ganz bewusst den Namen „Gemeinsam klug entscheiden“. Wir müssen zusammen mit den Patienten den richtigen Weg finden.

Wie diese Wege aussehen sollten, wird heute aber doch in den meisten Fällen schon in Leitlinien beschrieben. Was fügen die Empfehlungen von „Gemeinsam klug entscheiden“ ihnen hinzu?

Das ist vor allem eine Frage der Sichtbarkeit. Evidenzbasierte Leitlinien, die den neuesten Stand der Forschung wiedergeben und in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden, sollten die Basis der ärztlichen Behandlung bilden, das ist unstrittig. Mit 150 bis 200 Seiten sind sie jedoch üblicherweise recht umfangreich und finden schon deshalb nicht immer

Initiative „Smarter Medicine“ nachgekommen. Aufgezählt werden, nach dem Motto „Weniger Medizin kann mehr sein“, wie beim amerikanischen „Choosing wisely“ hier nur Dinge, die man besser lassen sollte.

Bleibt die Frage, ob ökonomische Vorgaben diesen einleuchtenden Prinzipien nicht in vielen Fällen entgegenstehen. Ob die DRGs und Budgets in der jetzigen Form nicht zu jenem „zu viel“ und „zu wenig“ entscheidend beitragen, das die Initiativen „Klug Entscheiden“ und „Gemeinsam Klug Entscheiden“ durch klare fachliche Empfehlungen bekämpfen möchten. Weil sie auf der einen Seite zu einer Unterversorgung (ver)föhren, etwa mit der frühen Entlas-

sung aus dem Krankenhaus („quicker and sicker“), auf der anderen Seite aber zu einer Überversorgung mit für die Kliniken lukrativen Eingriffen. Zumal Gespräche notorisch schlecht bezahlt sind und in der Hektik des Klinik- und Praxis-Alltags kaum Platz finden. Für menschliche Zuwendung und eine Medizin, die auf dem Gespräch und dem offenen Ohr für die Geschichte(n) des Patienten basiert, bleibe unter den aktuellen Vorgaben keine Zeit mehr, kritisiert auch Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, der früh vor der Einführung des Fallpauschalen-Systems warnte. „Nach jahrzehntelangem, großartigem Wachstum des Gesundheitswesens stößt die Gesellschaft an finanzielle Grenzen.



Foto: Sydra Prouclides/Fotolia

Ziel muss es jetzt sein, mit ärztlichem Verstand und unter ärztlicher Verantwortung die Patientenversorgung zu optimieren. ‚Mehr Arzt und weniger Medizin‘ ist dabei oft für alle das Beste. Darüber müssen wir reden, z. B. unter dem Titel der „Value-based health care“ und den richtigen Rahmen schaffen. Die finanziellen Anreize müssen dafür stimmen“, erklärt Jonitz.

Ein Gespräch mit dem Gynäkologen Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Vorsitzender von deren Ad-hoc-Kommission „Gemeinsam Klug Entscheiden“.

die gebührende Beachtung. Mit unserer Initiative „Gemeinsam klug Entscheiden“ wollen wir auf Dinge hinweisen, die sich nicht richtig entwickeln, bei denen heute besonders oft etwas schief läuft. Die Fachgesellschaften heben damit besonders wichtige Punkte hervor, die man beachten sollte. Die Empfehlungen ersetzen also nicht die Leitlinien, sie sind auch nicht deren abgespeckte Version. Sie setzen vielmehr an manchen Stellen ein deutliches Ausrufezeichen.

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin setzt dieses Ausrufezeichen mit ihrer eigenen Initiative „Klug entscheiden – Über- und Unterversorgung vermeiden“. Die Schwerpunktfächer haben dazu beim Kongress der Fachgesellschaft kürzlich schon einiges vorgestellt. Sehen Sie diese Aktion als Konkurrenz?

Wir sind sozusagen gleichzeitig losgelaufen, haben aber unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt. Die Deutsche

Gesellschaft für Innere Medizin und ihre Schwerpunktfächer haben sich auf die Inhalte gestürzt und Empfehlungen erarbeitet. Kein Zweifel, hier sind die Internisten am weitesten. Wir freuen uns, dass sie so fleißig sind! Die Orthopäden und Unfallchirurgen folgen jetzt nach, Neurologen und Gynäkologen sind ebenfalls bald so weit. Man darf allerdings nicht vergessen, dass es viel Manpower erfordert, parallel zu den Leitlinien gut begründete Positiv- und Negativ-Empfehlungen zu relevanten Themen zu formulieren. Es gibt unter dem Dach der AWMF schnelle und langsamere, reiche und ärmere Fachgesellschaften. Ich denke deshalb, es wird ein längerer Prozess sein. Aber in den nächsten ein bis zwei Jahren werden wir es schaffen. Die Stärke der AWMF selbst ist in diesem Prozess sicher die Methodik: Wir beschäftigen uns intensiv damit, wie gute, belastbare Empfehlungen aussehen sollten. Dazu haben wir ein Manual erstellt.

Welchen Nutzen versprechen Sie sich für die Patientinnen und Patienten?

Am wichtigsten ist sicher, dass „Gemeinsam klug entscheiden“ ein flammendes Plädoyer für die sprechende Medizin darstellt. Ärzte müssen sich Zeit nehmen für das Gespräch und die gemeinsame Suche nach dem besten Weg. Der partizipative Aspekt ist uns ganz wichtig. Je mehr wir wissen, desto mehr müssen wir als Ärzte auch in der Lage sein, uns zurückzunehmen. Je mehr wir technisch können, desto mehr müssen wir das, was wir können, auch in Frage stellen.

Auf die „Gemeinsam klug entscheiden“-Empfehlungen sollen Ärzte dabei verweisen können, um zu zeigen: Es geht nicht darum, jemandem eine Leistung vorzuenthalten. Wenn alle Empfehlungen vorliegen, werden wir uns daran machen, sie in eine laienverständliche Sprache zu „übersetzen“. Und ebenso wie die Leitlinien müssen sie in Abständen aktualisiert werden.

(Das Gespräch führte Dr. Adelheid Müller-Lissner)



Foto: Creative Commons

Catherine Calderwood

Im Jahresbericht des britischen National Health Service 2014/15, der den schönen Titel „Realistic Medicine“ trägt, erinnert Catherine Calderwood, Chief Medical Officer für Schottland, Ärzte und Pflegekräfte daran, dass ohne Zeit zum Zuhören keine gemeinsame Entscheidungsfindung möglich ist. Schnelle „Einbahnstraßen-Kommunikation“ genüge diesem Anspruch auf keinen Fall. Der Dramatiker George Bernhard Shaw stellte in dieser Sache mit britischer Lakonie die richtige Diagnose – auch wenn er sie seinerzeit nicht auf das Arzt-Patienten-Gespräch gemünzt hat: „Das größte Problem mit der Kommunikation besteht in der Illusion, sie habe schon stattgefunden.“

Ohne die vielfach geforderte gründliche Aufwertung der „sprechenden Medizin“ wird es deshalb auch kaum gelingen, den Bürgern den Verdacht zu nehmen, bei Initiativen wie „Gemeinsam Klug Entscheiden“ gehe es in Wahrheit um eine besonders raffinierte Form, ihnen Sparmaßnahmen in der Medizin schmackhaft zu machen. Ärztin und Arzt brauchen Zeit, um ihren Patienten im konkreten Fall zu erklären, wie eine Empfehlung wissenschaftlich untermauert ist. Nur dann wird es möglich sein, die Praxis des Hausarztes auch einmal ohne Rezept, aber mit dem Gefühl der Zufriedenheit zu verlassen.

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Journalistin

Wenn weniger mehr ist

Unter dem Motto „Smarter Medicine. Weniger Medizin kann mehr sein“ hat die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin eine Liste von fünf Interventionen zusammengestellt, von deren Anwendung in der ambulanten Medizin abgeraten wird:

1. Durchführen einer bildgebenden Diagnostik in den ersten sechs Wochen bei Patienten mit unspezifischen Lumbalgien.
2. Messung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) zwecks Prostatakrebs-Screening ohne eine Diskussion von Risiko und Nutzen.
3. Verschreiben von Antibiotika gegen unkomplizierte Infekte der oberen Luftwege.
4. Durchführen eines präoperativen Thorax-Röntgenbildes, ausser bei Verdacht auf eine intrathorakale Pathologie.
5. Weiterführen einer Langzeit-Pharmakotherapie bei gastrointestinalen Symptomen mit Protonen-Pumpenblockern ohne Reduktion auf die tiefste wirksame Dosis.

(Quelle: <http://www.smartermedicine.ch>)



Foto: Gina Sanders/Fotolia

Paläo-Snack oder Gesundheits-App – oder doch vielleicht ein Fall für KRITIS?

Willkommen im 21. Jahrhundert! Von Krankenhausinformatikern ist zu hören, dass derzeit täglich zwischen 30 und 40 Cyberattacken auf die IT-Struktur eines Krankenhauses zu verzeichnen sind, die ganze Krankenhäuser lahm legen, zum Teil Software beschädigen oder Daten illegal exportieren, die dann gehandelt werden. Der Fokus der Cyberkriminellen auf Praxen und unsere Heimcomputer mag weniger interessant sein.

Im April 2016 wurden auf der conhIT, der wichtigsten europäischen Kongressmesse für Healthcare-IT, Themen der Digitalisierung in der Gesundheitsbranche diskutiert und unter anderem auch die Cyberattacken auf Krankenhäuser thematisiert. Krankenhäuser gehören zu den sogenannten kritischen Infrastrukturen (KRITIS). Bereits im Jahr 2007 wurde ein Umsetzungsplan von der Bundesregierung und dem Parlament verabschiedet, um unternehmens- und branchenübergreifend Informationsinfrastrukturen nachhaltig abzusichern. Kritische Infrastrukturen (KRITIS) sind per Definition „Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Gemeinwesen, bei deren Ausfall oder Beeinträchtigung nachhaltig wirkende Versorgungsengpässe, erhebliche Störungen der öffentlichen Sicherheit oder andere dramatische Folgen eintreten würden“.

Soweit so gut. Man ist sich also der Gefahren bewusst. Sicherlich sind Individualdaten für die Cyber-Kriminalität weniger interessant als Big Data von Krankenhäusern. Wie sieht es aber im persönlichen Alltag aus, und hier insbesondere in der Thematik „Gesund-

heitsförderung und Prävention“ sowie bei der Nutzung von digitalen Diensten und Geräten?

Viele Ihrer Patientinnen und Patienten zeichnen seit einiger Zeit Körperfunktionen über digitale Armbänder oder Apps auf, lassen diese auswerten und fühlen sich damit sicher im Sinne der Durchführung einer primären, sekundären oder tertiären Prävention oder Gesundheitsförderung. An dieser Stelle sei gesagt, dass jede Form von körperlicher Aktivität zunächst zu begrüßen ist und dass ein solcher Einsatz durchaus als Verhaltens- oder Verhältnisprävention gesehen werden kann, da der Einzelne ja offensichtlich motiviert werden konnte, seinen Lebensstil zu ändern – zumindest so lange, bis das technologieunterstützte Trainingsprogramm nicht in Stress ausartet. Kann man also davon sprechen, dass diese Klientel sozusagen zum Digitalisierungsgewinner auf gesundheitlichem Parkett gezählt werden kann?

Auf anderem Gebiet wird dies durchaus kritischer gesehen: Apps, Smartphones,



Foto: Fotolia/progressman

Big Data und Clouds, die vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung, aber auch zur Aufnahme von Körperfunktionen zunehmend und vor allem freiwillig genutzt werden, stellen die eine Seite der Medaille als Ausdruck von lifestyle und convience dar. Wenn die Daten in einer Cloud gespeichert werden, wird aber bereits eine andere Ebene der Datenverfügbarkeit erreicht. Dabei geht es weniger um digi-techno-gym – als Ärztin/Arzt sollten wir es als unsere Aufgabe sehen, unsere Patienten auch dafür zu sensibilisieren, ob letzten Endes nur eine überflüssige Werbung oder aber ein Profiling entsteht, über das der Einzelne nicht mehr die Datenhoheit besitzt. Sensibilisieren Sie sich und Ihre Patientinnen/Patienten dafür.

Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten
Präventionsbeauftragter und
Vorstandsmitglied der 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
■ 22.06.2016	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
■ 29.06.2016	Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Frau Nehrkorn Tel.: 030 / 408 06-12 11 Anmeldung: c.hasenbeck@aekb.de	4 P
■ 15.07.-16.07.2016	Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp, Herr Prof. Dr. med. Sehoul (weitere Informationen s. S. 23)	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 Teilnehmerentgelt: 290 € Teilnehmerzahl: 15 Teilnehmer	17 P
■ 08.10.2016	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
■ 10.10.-12.10.2016	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
■ 12.10.-14.10.2016	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
■ 01.12.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz Interventionsradiologie	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
■ 02.12.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	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 €	9 P
■ 10.12.2016	Impfungen in der Praxis	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	9 P

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt
„Häusliche Gewalt“

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

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

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

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

Termin: 05.11.2016 (10 bis 16 Uhr) sowie am 09.11.2016 (17 bis 19:30 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich. Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt **12 Fortbildungspunkten** anerkannt.

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Die Übermittlung schwieriger Informationen gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und Patienten und deren Angehörigen:

Jede Ärztin, jeder Arzt kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen. Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht und je jünger die Patientin / der Patient ist. 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 gleichzeitig auch für Ärzte und das Behandlungsteam: Die Arbeitszufriedenheit ist erhöht und das Risiko von „burnout“ und Depressionen vermindert.

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

Termin: Freitag 15.07.2016 bis Samstag 16.07.2016

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp; Herr Prof. Dr. med. Sehouli
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**.

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

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? 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 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. bis 30.11.2016

Präsenz-Modul: 01.12. bis 03.12.2016

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt und eine Anmeldung ist bei Elke Höhne, Tel.: 030 / 408 06-14 02 oder per E-Mail: e.hoehne@aekb.de möglich. Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten** von der Ärztekammer Berlin und mit **12 Punkten** von der Registrierung beruflich Pflegenden.

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

Fortbildung Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Auf Beschluss der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin wurde die Fortbildung „Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden – Herausforderung und Perspektiven für sicheres Handeln“ organisiert.

Ziel ist es, 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 Grundlagen der Abrechnung und die Möglichkeiten der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in der niedergelassenen Praxis entsprechend der rechtlichen Rahmenbedingungen zu erläutern. Die Teilnehmer haben im Anschluss die Möglichkeit, mit den Referenten in den Erfahrungsaustausch und eine lösungsorientierte Diskussion zu kommen.

Termin: 29.06. 2016 von 16:30 Uhr bis 20 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen zur Fortbildung: Manja Nehr Korn, Tel.: 030 / 408 06-12 11

Anmeldung: Corina Hasenbeck, c.hasenbeck@aekb.de

Eine schriftliche persönliche Anmeldung zur Fortbildung ist notwendig. Das Anmeldeformular finden Sie online auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Anerkannt mit **4 Fortbildungspunkten**.

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Diesmal: Unterlassene Differenzialdiagnostik bei Unterbauch- und Genitalbeschwerden

Kasuistik

Nach dem vorliegenden Gedächtnisprotokoll der Eltern wachte der zum damaligen Zeitpunkt elfjährige Sohn um 8 Uhr schweißgebadet mit Hodenschmerzen auf, die sich im Laufe des Vormittags in den Unterbauch verlagerten. Eine Vorstellung um 11 Uhr beim Hausarzt führte zu einer Krankenhauseinweisung in einer Kindernotfallambulanzklinik unter der Verdachtsdiagnose einer Appendizitis. Hier wurde das Kind um 13 Uhr von den beiden diensthabenden Ärzten gesehen. Im Notfallprotokoll der Klinik wird von Hodenschmerzen berichtet. Nach klinischer Untersuchung des Abdomens und verschiedener Laboruntersuchungen wurde die Verdachtsdiagnose Appendizitis bestätigt und das Kind zur weiteren Behandlung und gegebenenfalls chirurgischen Versorgung in das Kinderkrankenhaus weitergeleitet. Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob eine klinische Untersuchung der Hoden in der erstbehandelnden Klinik stattgefunden hat. Die Eltern tragen vor, dass zu keinem Zeitpunkt der Genitalbereich entblößt, geschweige denn abgetastet worden sei. Die behandelnden Ärzte der Klinik führen hingegen in der Stellungnahme zum medizinischen Sachverhalt aus, dass eine gesamtkörperliche Untersuchung inklusive der Inspektion des Genitaltrakts erfolgt sei. Die erstmalige Untersuchung nach Verlegung des Kindes erfolgte im Kinderkrankenhaus nach Eintreffen in der Notfallaufnahme um 17 Uhr. Auch dort wurde das Abdomen untersucht, eine rektale Untersuchung angeschlossen sowie eine Behandlung einer vermuteten Obstipation eingeleitet und das Kind stationär um 18 Uhr aufgenommen. Am nächsten Morgen wurde erneut das Abdomen abgetastet. Erstmals um 13 Uhr wurde dann

wegen zunehmender Schmerzen im Unterbauch eine Untersuchung des Genitals durchgeführt, die eine starke Schwellung des linken Hodens ergab, was zur sofortigen operativen Freilegung unter der Verdachtsdiagnose Hodentorsion führte. Der Hoden fand sich um 360° torquiert, wurde detorquiert und nach Rücksprache mit den Eltern in situ belassen. Eine Probeexzision aus dem Hoden ergab den Befund einer ausgedehnten interstitiellen frischen Einblutung mit Auseinanderdehnung der Hodentubuli. In der Folgezeit kam es zu einer zunehmenden Atrophie des Hodens, die sonographisch kontrolliert wurde. Weiterhin wurde in einem zweiten Eingriff der rechte Hoden pexiert und später der linke Hoden noch einmal freigelegt unter Verdacht auf Retorsion.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Eltern werfen den Ärzten der Klinik als auch des Kinderkrankenhauses vor, eine Hodentorsion übersehen zu haben. Insbesondere sei bei sämtlichen Untersuchungen in Gegenwart der Eltern eine gezielte Untersuchung des Genitalbereichs, insbesondere des Skrotalbereichs, nicht erfolgt. Dadurch sei die später diagnostizierte Hodentorsion übersehen und somit nicht einer zeitgerechten Therapie zugeführt worden, die die erhebliche Schädigung des linken Hodens hätte vermeiden können.

Stellungnahme der erstbehandelnden Klinik

Bei der sehr gründlichen Untersuchung sei die Verdachtsdiagnose Appendizitis bestätigt worden. Im Rahmen der Untersuchung sei natürlich auch die Genital-

region miteinbezogen gewesen. Führend seien der ubiquitäre Druckschmerz des Abdomens und der leichte Psoasdehnungsschmerz gewesen.

Stellungnahme des Kinderkrankenhauses

Es wird ebenfalls auf eine gründliche Untersuchung der Abdominalorgane verwiesen, auch hier sei führendes Symptom der Schmerz im Bereich des linken Unterbauchs gewesen. Der Vorwurf, die Genitalregion nicht untersucht zu haben, wird zurückgewiesen. Dieser sei Grundbestandteil einer kinderärztlichen Untersuchung bei abdominalen Beschwerdebildern.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte kinderchirurgische Gutachter hat ausführlich die Entwicklung einer Hodentorsion, auch im Zusammenhang mit möglichen Anomalien, beschrieben. Er schildert die typische Symptomatik sowie den notwendigen Untersuchungsgang bei unklarem Abdomen beziehungsweise Unterbauchbeschwerden, insbesondere bei Genitalbeschwerden. Er stellt dabei insbesondere auf die Notwendigkeit der klinischen Untersuchung der Genitalorgane ab, die dann erforderlichenfalls eine Ultraschalluntersuchung zur Folge haben müsste. Bei der Hodentorsion handele es sich um eine der wenigen akuten Notfälle in der Kinderchirurgie, die einer sofortigen chirurgischen Intervention bedürften.

Bei der ersten Untersuchung durch die Kinderärzte der Klinik sei entsprechend der vorliegenden Dokumentation eine Untersuchung des äußeren Genitale nicht vermerkt. Es seien zwar Laborwerte dokumentiert und auch notiert worden, dass Hodenschmerzen initial aufgetreten seien, es sei aber offensichtlich unterlassen worden, das Genitale zu untersuchen. Der Gutachter gehe davon aus, dass an die Diagnose einer Hodentorsion nicht gedacht worden sei. Er weist jedoch darauf hin, dass die Differenzialdiagnose „Hodentorsion“ zu einer möglicherweise beginnenden Gastroenteritis oder Appendizitis im klinischen Alltag durchaus eine

Rolle spiele. Gleichwohl fehle eine Befunddokumentation zur Untersuchung des Hodens, die im Hinblick auf die geschilderten und festgehaltenen Hodenschmerzen unverzichtbar gewesen wäre. Die tatsächliche Durchführung der Genitaluntersuchung sei aus der vorhandenen Dokumentation nicht zu entnehmen. Die mögliche und auch notwendige Ultraschalluntersuchung, die eine diagnostische Klärung hätte herbeiführen können, sei ebenfalls nicht veranlasst worden. Das Transferieren des Kindes in eine kinderchirurgische Spezialeinrichtung sei zudem eine Entscheidung gewesen, die einen weiteren deutlichen Zeitverzug zur Folge gehabt hätte. Wenn zum Zeitpunkt der Vorstellung des Kindes in der Notfallaufnahme der Klinik sofort die Diagnose gestellt worden wäre, so sei sicher davon auszugehen, dass die im Hause befindlichen Urologen die notwendige Operation hätten durchführen können. In diesem Falle wäre eine rechtzeitige Operation innerhalb der Sechs-Stunden-Grenze möglich gewesen. In gleicher Weise wird die Erstaufnahmeuntersuchung der Ärzte des Kinderkrankenhauses vom Gutachter kritisiert. Auch hier sei die subtile Exploration des Genitals offenbar unterlassen worden. Im Zusammenhang mit der Anamnese hätte jedoch das Krankheitsbild eine weitergehende Diagnostik erfordert. Die Unterlassung der klinischen Untersuchung des Genitalbereichs und auch die Nichtvornahme einer Ultraschalluntersuchung werden deshalb vom Gutachter als fehlerhaft eingeschätzt. Entsprechend der vorliegenden Dokumentation sei erstmalig in den späten Vormittagsstunden des nächsten Tags der Genitalbefund bei geschwollenem und druckschmerzhaftem Hoden notiert. Einschränkend dazu äußert sich der Gutachter, dass zum Aufnahmezeitpunkt des Kindes im Kinderkrankenhaus die Möglichkeit der Erhaltung des Hodens bereits unsicher gewesen sei. Zum Zeitpunkt der Aufnahme seien inzwischen neun bis zehn Stunden nach Erstmanifestation der Schmerzen vergangen. Nach gutachterlicher Ansicht wäre natürlich auch bei korrekter und zeitgerechter Diagnosestellung und rechtzeitiger Einleitung der entsprechenden thera-

peutischen Maßnahmen die primäre Operation zur Detorquierung des Hodens erforderlich geworden. Erforderlich wäre auch der Zweiteingriff zur Orchidopexie des kontralateralen Hodens gewesen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Bei einem elfjährigen Jungen können akut auftretende Schmerzen im Unterbauch und Genitalbereich Hinweise auf eine Hodentorsion sein. Bei dem bekannten engen Zeitfenster zur Rettung des Hodens erfordert ein solches Krankheitsbild eine entsprechende Aufmerksamkeit und gezielte Diagnostik. Hier sind sowohl den Ärzten der Klinik, als auch den Ärzten des Kinderkrankenhauses Versäumnisse vorzuwerfen. Aus dem Notfallprotokoll der Kinderklinik geht hervor, dass Hodenschmerzen berichtet worden sind. Der dokumentierte Untersuchungsbericht lässt jeden Hinweis auf eine Untersuchung der Genitalorgane vermissen. Die Schlichtungsstelle geht deshalb auf der Basis der Dokumentation davon aus, dass eine klinische Untersuchung der Genitalregion fehlerhaft nicht erfolgte. Bei unklaren, akut aufgetretenen Beschwerden in Unterbauch und Leiste ist neben anderen differenzialdiagnostischen Erwägungen bei einem Jungen dieses Alters auf eine akute Erkrankung des Genitalbereichs zu achten. Die durchgeführte Untersuchung und Palpation des Abdomens bei Unterlassung der Untersuchung des Genitalbereichs ist deshalb unzureichend gewesen. Es hätte in jedem Fall der Genitalbereich entblößt und klinisch untersucht werden müssen. Dann hätte sich eine Ultraschalluntersuchung anschließen müssen. Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen, die die Beweislast zu Lasten des Arztes umkehrten. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und

wenn sich die Verknennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Bei ordnungsgemäßer Befunderhebung mit Untersuchung des Genitale und der Leiste wäre in der Klinik mit hoher Wahrscheinlichkeit ein schmerzhafter Tastbefund aufgefallen, der das Augenmerk auf eine Erkrankung im Bereich von Skotom und Leiste gerichtet hätte. Differenzialdiagnostisch dann eine Affektion des Hodens, eine Hodentorsion oder ähnliches nicht weiter abzuklären, wäre ein schwerer Fehler gewesen, da es sich dabei um einen chirurgischen Notfall handelt. Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Statt der dargestellten Behandlungsabläufe erfolgte die Weiterleitung in das Kinderkrankenhaus. Diese Entscheidung, die mit einem weiteren deutlichen Zeitverlust verbunden war hinsichtlich einer möglichen Rettung des Hodens, wird deshalb zusätzlich als Fehler angesehen, da eine Versorgung durch die Urologen der Klinik möglich gewesen wäre. Auch im Kinderkrankenhaus wurde im Aufnahmebefund sowie bei den nachfolgenden Untersuchungen bis hin zum nächsten Vormittag kein exakter Genitalbefund dokumentiert. Auch hier erfolgte deshalb keine dem Krankheitsbild angemessene Befunderhebung wie vorstehend beschrieben. Hinsichtlich der zeitlichen Einordnung ist zu berücksichtigen, dass die Aufnahme in das Kinderkrankenhaus deutlich nach einem für die Hodentorsion günstigen Zeitfenster der Versorgung von sechs Stunden erfolgte. Bei der Erstuntersuchung und stationären Aufnahme waren bereits zehn Stunden vergangen. Die Rettung eines torquierten Hodens hatte damit zu diesem Zeitpunkt keine Aussicht auf Erfolg, sodass sich die genannten Fehler im weiter behandelnden Kinderkrankenhaus haftungsrechtlich im Schadensumfang nicht mehr auswirkten.

Gesundheitsschaden

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr hätte bei korrektem Vorgehen nach ärztlicher Erfahrung bei zeitgerechter Diagnosestellung in der Klinik eine Operation gegen 14 Uhr stattfinden müssen. Dieses Vorgehen wäre generell geeignet gewesen, den Hoden zu retten. Infolge des Verstreichenlassens des Zeitfensters von sechs Stunden zur operativen Rettung des Hodens in der Klinik ist die Hodenatrophie als vermeidbarer Schaden anzusehen.

Die weiteren operativen Maßnahmen zur Orchidopexie beziehungsweise zur Revision des linken Genitals sind nicht ursächlich auf dieses fehlerhafte Vorgehen der Klinik zurückzuführen.

Fazit

Bei unklaren Unterbauchbeschwerden ist auch eine Hodentorsion in Erwägung zu ziehen und gegebenenfalls einer operativen Klärung zuzuführen.

Dr. med. Joachim Lachmund
Facharzt für Urologie
Ärztliches Mitglied

Kerstin Kols
Geschäftsführerin

Schlichtungsstelle für
Arztthaftpflichtfragen der
norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

In memoriam Dieter Lamm

Am 21. März 2016 ist Dr. sc. med. Dieter Lamm verstorben. Die Berliner Frauenärzte trauern. Dieter Lamm wird uns als ein toleranter und liebenswürdiger Mensch in lebendiger Erinnerung bleiben, der in schweren und in guten Zeiten immer mit Rat und Tat weiterhalf und der unser Fachgebiet in Berlin über Jahrzehnte mitprägte.

Dieter Lamm wurde am 15. Januar 1937 in Chemnitz geboren. 1955 absolvierte er das Abitur und begann in Berlin an der Humboldt-Universität zu Berlin sein Medizinstudium, das er ab 1957 an der Medizinischen Akademie in Dresden fortsetzte. In Dresden bestand er 1960 das Staatsexamen und wurde promoviert. Nach einer ersten Assistenzarztzeit in Liebenwalde konnte er 1964 an die Frauenklinik der Berliner Charité wechseln und arbeitete dort schließlich von 1974 bis 1986 als Oberarzt. An der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin verteidigte er 1988 auch seine Habilitation (Dr. sc. med.) über den „Stellenwert der Isotopennephrografie in der Frauenheilkunde“.

Sein Lieblingsarbeitsgebiet war die Urogynäkologie, die er nach Prof. Helmut Kraatz und mit dem damaligen Leiter der Charité-Urogynäkologie Prof. Wolfgang Fischer in Berlin klinisch weiterentwickelte. 1986 wurde Dieter Lamm zum Chefarzt des alten St. Joseph-Krankenhauses und 1993 zum Chefarzt der neuen Klinik „Maria Heimsuchung“, Caritas-Kliniken Pankow, bestellt.

Neben der klinischen Arbeit war Dieter Lamm immer an den sozialen Fragen der Frauenheilkunde und der Geburtshilfe sowie an neuen Methoden der Diagnostik und Behandlung brennend interessiert. Und er gestaltete das Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe aktiv mit: ca. 220 Fachvorträge, über 400 populärwissenschaftliche Vorträge, ca. 90 Publikationen und die Koautorenschaft an einem anerkannten Lehrbuch der Urogynäkologie zeugen davon. Ab 1969 war er Gründungsmitglied und stellvertretender Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft (AG) für Urogynäkologie der DDR und seit 1980 Gründungsmitglied der AG für Urogynäkologie der damaligen CSSR. Gern erinnerte er sich auch an seine Arbeit als Dozent der Krankenpflegeschule des St. Hedwig-Krankenhauses und seine Funktion als Vorsitzender der Prüfungskommission der Medizinischen Fachschule der Charité.

Nach der Wende war Dieter Lamm in vielen Ehrenämtern tätig. Er wurde ohne Parteimitglied zu sein über zwei Legislaturperioden gesundheitspolitischer Sprecher der CDU in der Bezirksverordnetenversammlung Pankow, war im Beirat des Kaiserin-Friedrich-Hauses aktiv und wurde in den Aufsichtsrat der Alexianer-Brüder berufen. 1999 trat Lamm offiziell in den „Ruhestand“, ein Wort, das er mit einem hintergründigen Lächeln aussprach, denn einen Ruhestand im eigentlichen

Sinne kannte er nicht. Davon zeugt auch seine Arbeit als Vorsitzender des Kuratoriums „Für Pankow“.

Von 1997-2000 wurde Dieter Lamm zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin (GGGB), der 1844 gegründeten, ältesten durchweg existierenden Fachgesellschaft Deutschlands, gewählt. Schon seit 1969 war er Mitglied der Ostberliner Gesellschaft und machte sich seit 1974 als ihr Schriftführer und später als Vorstandsmitglied der vereinigten GGGB nach 1990 verdient. 2000 wurde Dieter Lamm mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande und 2012 mit der Silbernen Hedwigs-Medaille des Erzbistums Berlin geehrt. Viele Kolleginnen und Kollegen wussten davon nichts, denn – obwohl von Geburt Sachse – galt für ihn immer das alte preußische Motto: Mehr Sein als Schein.

Seine Frau Karin, die er 1961 heiratete, seine Kinder und Enkelkinder waren sein Glück und sein Stolz und neben seinem tiefen Glauben die Quelle seiner Kraft. Dieter Lamm wurde 79 Jahre alt.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. mult.
Andreas D. Ebert

Prof. Dr. med. Jalid Sehoul



Foto: privat

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen März und April 2016 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Anna-Kristina Ahlendorf	FA Innere Medizin	30.03.16
Hamad Al Hameli	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.04.16
Golschan Asgarpur	FA Anästhesiologie	25.04.16
Dr. med. Georgi Atanasov	FA Viszeralchirurgie	08.03.16
Dr. Ioana-Simina Balc	FA Augenheilkunde	16.03.16
Dr. med. Adina Bathel	FA Neurologie	05.04.16
Aliona Berger	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	02.03.16
Dr. med. Bernhard Bohle	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.03.16
Claudia Bornscheuer	FA Allgemeinmedizin	12.04.16
MUDr. Lenka Bosanska	FA Innere Medizin	27.04.16
Dr. med. Leonie Braum	FA Radiologie	15.03.16
Dr. med. Juliana Brode	FA Innere Medizin und Pneumologie	16.03.16
Alexander Bubnov	FA Allgemeinmedizin	26.04.16
Dr. med. Eike Carstens	FA Anästhesiologie	25.04.16
Lisa Clemens	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	02.03.16
Dr. med. Daniel Renninger	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	18.04.16
Roland Degener	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.04.16
Dr. med. Imke Kerstin Dehn	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.04.16
Lars Dieckmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.04.16
Dr. med. Andreas Dippel	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	27.04.16
Dr. med. Roland Distl	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.04.16
Dr. med. Jeanette Dobberke	FA Neurologie	05.04.16
Dr. med. Felix Döllinger	FA Radiologie	27.04.16
Dr. med. Sarah Doss	FA Neurologie	08.03.16
Dr. med. Johanna Ebinger	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.04.16
Dr. med. Andreas Enns	FA Anästhesiologie	17.03.16
Kristin Fadai	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	13.04.16
Dr. med. univ. Lukas Fend	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	16.03.16
Mariam Fenire	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.04.16
Dr. med. Iris Filler	FA Klinische Pharmakologie	12.04.16
Dr. med. Arne Fiscoeder	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.03.16
Dr. med. Christian Frank	FA Innere Medizin	27.04.16
Katharina Frey	FA Innere Medizin	06.04.16
Daniela Frings	FA Anästhesiologie	25.04.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Christina Gebauer	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.04.16
Justyna Gerhard	FA Radiologie	13.04.16
Dr. med. Christoph Gilbert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	01.03.16
Dr. med. Katja Greiner-Petter	FA Anästhesiologie	18.04.16
Dr. med. Justine Gudejko-Thiel	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.04.16
David Haebler	FA Anästhesiologie	25.04.16
Peter Hieke	FA Allgemeinmedizin	26.04.16
Dr. med. Jan Hildebrandt	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	16.03.16
Claudia Hille	FA Augenheilkunde	16.03.16
Anne Hoge	FA Urologie	12.04.16
Dr./Moskauer Medizinakademie Stanislav Ignatenko	FA Klinische Pharmakologie	12.04.16
Dr. med. Sebastian Ivens	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.04.16
Dr. med. Hanna Jann	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	13.04.16
Dr. med. Carola Jerosch	FA Innere Medizin	09.03.16
Dr. med. Jana Josepeit	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.04.16
Sarah Kaiser	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.04.16
Dr. med. univ. Katrin Kalaivanan	FA Innere Medizin	06.04.16
Dr. med. Ilka Kanig	FA Arbeitsmedizin	31.03.16
Hussein Karout	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	01.03.16
Dr. med. Tina Kienitz	FA Innere Medizin	13.04.16
Dr. med. Sina Kirchschrager	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	27.04.16
Ira Klink	FA Viszeralchirurgie	08.03.16
Alexander Kober	FA Arbeitsmedizin	15.03.16
Christian Koch-Bonnet	FA Allgemeinmedizin	05.04.16
Dr. med. Carsten Koops	FA Gefäßchirurgie	12.04.16
Verena Kotulla	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	02.03.16
Anna-Maria Koutras	FA Neurologie	08.03.16
Dr. med. Stefan Kröger	FA Allgemeinmedizin	12.04.16
Dr. med. Katharina Krull	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	20.04.16
Daniela Laatsch	FA Viszeralchirurgie	08.03.16
Dr. med. Christiane Lämmel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.04.16
Dr. med. Odin Littau	FA Anästhesiologie	25.04.16
Melanie Ludwig	FA Allgemeinmedizin	26.04.16
Dr. med. Marcus Makowski	FA Nuklearmedizin	13.04.16

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Kathrin Maloschytzki	FA Allgemeinmedizin	26.04.16
Dr. med. René Marquis	FA Urologie	12.04.16
Anna Menner	FA Innere Medizin	30.03.16
Dr. med. Lucas Meyer	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.03.16
Tamara Miebes	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.04.16
Cora Möller	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.04.16
Dr. med. Gabriele Müller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	07.03.16
Konrad Müller	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.04.16
Dr. med. Bele Johanna Näther	FA Innere Medizin und Nephrologie	16.03.16
Christian Neumann	FA Innere Medizin und Kardiologie	16.03.16
Jule Marie Nickel	FA Innere Medizin	30.03.16
Ahmad Olwane	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	01.03.16
Dr. med. Georgios Papanikolaou	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.04.16
Dr. med. Timo Pauli	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.04.16
Gabriela Piat	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.04.16
Poline Pielka	FA Urologie	12.04.16
Dr. med. Jens Plag	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.04.16
Dr. med. Diane Pollmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.04.16
Dr. med. René Pshowski	FA Innere Medizin	30.03.16
Lars Radtke	FA Innere Medizin	13.04.16
Dr. med. Bärbel Rath	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.04.16
Dr. Dr. med. Johannes Reichert	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.04.16
Matthias Römisch	FA Anästhesiologie	25.04.16
Dr. med. Mirka Rumi-Dörmer	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.04.16
Yeni Rusly	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.04.16
Maren Sandring	FA Nervenheilkunde	08.03.16
Svetlana Sarantseva	FA Anästhesiologie	25.04.16
Franziska Schäfer	FA Innere Medizin	13.04.16
Dr. med. Joachim Schamberger	FA Allgemeinmedizin	05.04.16
Dr. med. Imke Schatka	FA Nuklearmedizin	13.04.16
Dr. med. Claudia Schirmer	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13.04.16
Dr. med. Uwe Schmidt	FA Radiologie	13.04.16
Dr. med. Jan Schnapauff	FA Innere Medizin	09.03.16
Emanuel Schultz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.04.16
Doctor medic Calin Scridon	FA Augenheilkunde	16.03.16
Dr. med. Dirk Siegmund-Hübsch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	08.03.16
dr. med./Med. Univ. Pecs Diana Simon	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.04.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Roman Snihurowych	FA Psychiatrie und Psychotherapie	07.03.16
Dr. med. Katja Speck	FA Anästhesiologie	18.04.16
Dr. med. Claus Spranz	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	16.03.16
Aysun Subasigüller	FA Innere Medizin	06.04.16
Dr. med. Sascha Tafelski	FA Anästhesiologie	17.03.16
Norman Tananow	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.03.16
Nirmal Thomas	FA Gefäßchirurgie	12.04.16
Carola Carmen Tietze	FA Nuklearmedizin	13.04.16
Dr. med. Eva Vogelsang	FA Innere Medizin	09.03.16
Dr. med. Maike Voigt	FA Laboratoriumsmedizin	07.04.16
Dr. med. Tanja Waiblinger	FA Psychiatrie und Psychotherapie	07.03.16
Anna Weber	FA Innere Medizin und Nephrologie	16.03.16
Tim Webhofer	FA Innere Medizin	27.04.16
Oliver Weerackody	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.03.16
Dr. Dr. med. Karsten-Henrich Weylandt	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie	27.04.16
Dr. med. Lukas Witte	FA Innere Medizin	09.03.16
Dr. med. Agnes Wollny	FA Arbeitsmedizin	12.04.16
Dr. med. Vasiliki Zampeli	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	09.03.16
Dr. med. Annegret Zech	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	01.03.16
Dr. med. Yvonne Zwißler	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.04.16

* 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 FÄ wurde verzichtet.

ANZEIGE

Vereinfachten Zugang zur Wissenskontrolle nutzen

Qualifikation zur „fachgebundenen genetischen Beratung“ nach dem Gendiagnostikgesetz: Übergangsbestimmungen enden am 10. Juli 2016

Im Juli enden die Übergangsbestimmungen für den Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung auf Basis der Vorgaben des Gendiagnostikgesetzes (GenDG) bzw. der Richtlinie der Gendiagnostikkommission (GEKO). Ärzte können noch bis zum 10. Juli dieses Jahres den vereinfachten Zugang zur Wissenskontrolle nutzen. Die Ärztekammer Berlin hat wiederholt auf die gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) hingewiesen.

Besondere Qualifikation

Seit 1. Februar 2012 müssen Ärzte in Deutschland gemäß des zwei Jahre zuvor in Kraft getretenen GenDG eine besondere Qualifikation vorweisen, wenn sie Beratungen zu genetischen Untersuchungen anbieten bzw. durchführen. Die Anforderungen an die Qualifikation zur Beratung im Rahmen genetischer Untersuchungen regelt die am 11. Juli 2011 in Kraft getretene Richtlinie der GEKO am Robert Koch-Institut über die Anforderungen an die Qualifikation zur und die Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2a und § 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG. Die gesetzlich geforderte Qualifikation ist abhängig von der Fragestellung, ob eine diagnostische, prädiktive oder vorgeburtliche genetische Untersuchung durchgeführt wird sowie von der Fachgebührens-zugehörigkeit des beratenden Arztes.

Fachärzte für Humangenetik bzw. mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik verfügen durch den Abschluss ihrer Weiterbildung über die Qualifikation zur genetischen Beratung. Ärzte,

die weder Facharzt für Humangenetik sind noch die Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik besitzen, dürfen Beratungen zu den vorgenannten genetischen Untersuchungen demnach nur noch durchführen, wenn sie sich dafür besonders qualifiziert haben.

Eigenständige Qualifizierungsmaßnahme

Für die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Rahmen diagnostischer oder prädiktiver genetischer Untersuchungen ist nach Ablauf einer Übergangsfrist von fünf Jahren nach Inkrafttreten der GEKO-Richtlinie, das heißt ab dem 11. Juli 2016, der Nachweis einer eigenständigen Qualifizierungsmaßnahme mit einem 72-stündigen theoretischen sowie einem praktisch-kommunikativen Teil erforderlich. Für Beratungen im Rahmen einer vorgeburtlichen Risikoabklärung müssen Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ab diesem Datum eine achtstündige theoretische Qualifizierungsmaßnahme sowie einen praktisch-kommunikativen Teil nachweisen.

Für die Übergangszeit vom 11. Juli 2011 bis zum 10. Juli 2016 kann der theoretische Teil durch eine bestandene „Wissenskontrolle“ ersetzt werden. Der praktisch-kommunikative Teil kann bei Nachweis des Erwerbs der Psychosomatischen Grundversorgung oder äquivalenter Weiterbildungs- oder Fortbildungsinhalte – auch nach Auslaufen der Übergangsfrist – entfallen.

Wissenskontrolle nutzen

Für die Überprüfung der Qualifikation zur genetischen Beratung bietet die

Ärztekammer Berlin eine Wissensprüfung an, die bei erfolgreichem Bestehen den Ärzten die Durchführung von genetischen Beratungen erlaubt. Wichtig: Für Mitglieder der Ärztekammer Berlin sind die Wissenskontrollen in jedem Fall nur durch die Ärztekammer Berlin durchzuführen und abzunehmen! An den Wissenskontrollen der Ärztekammer Berlin können ausschließlich deren Kammerangehörige teilnehmen, bzw. der Nachweis einer bestandenen Wissenskontrolle wird ausschließlich den Mitgliedern der Ärztekammer Berlin ausgestellt.

Ärzte, die genetische Beratungen im Rahmen einer diagnostischen, prädiktiven oder vorgeburtlichen genetischen Untersuchung durchführen möchten und den direkten Zugang zur Wissenskontrolle bislang nicht genutzt haben, sollten sich noch vor Ablauf der Übergangsbestimmungen bei der Ärztekammer Berlin zur Wissenskontrolle anmelden und somit die Möglichkeiten des erleichterten Erwerbs der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nutzen.

Umfassende Informationen zum Thema finden Interessierte auf den Internetseiten der Ärztekammer Berlin unter der Rubrik Ärzte -> Recht -> Gesetzesänderungen bzw. Fortbildung -> Fortbildungen der ÄKB.

Für Information über die Termine der Wissenskontrollen und zur Anmeldung wenden Sie sich bitte an:

Frau Sandra Zippel,
Abteilung Fortbildung/
Qualitätssicherung
(E-Mail: s.zippel@aekb.de)

Dr. med. Henning Schaefer,
Leiter Abteilung Fortbildung/
Qualitätssicherung (FB/QS) der
Ärztekammer Berlin

Hermann Oppenheim:

Forscher, Diagnostiker, Entdecker und Wegbereiter

Prof. Dr. med. Heiko Bewermeyer, Köln (Hrsg.):

Hermann Oppenheim – ein Begründer der Neurologie 2016.

224 Seiten, 22 Abb., 5 Tab., geb. Euro 29,99(D)/Euro 30,90 (A).

ISBN 978-3-7945-3177-6 (Print)

ISBN 978-3-7945-9004-9 (e Book PDF).

Das Buch beschreibt Leben und Werk von Hermann Oppenheim (1858-1919) umfassend und detailliert und eingebettet in die Geschichte und Kultur seiner Zeit, dem preußisch geprägten deutschen Kaiserreich.

Er war wie sein früherer Vorgänger Moritz Heinrich Romberg (1795-1873) ein Begründer der klinischen Neurologie. Beide schufen hier in Berlin das jeweils richtungweisende und das Fach langfristig prägende „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“, in denen das Wissen der Zeit zu den neurologischen Krankheiten systematisch dargestellt ist.

Oppenheims Lehrbuch (1894) umfasst knapp 1.000 Seiten und war zweifellos seine Meisterleistung. Er war ein exzellenter klinischer Forscher, vorzüglicher Diagnostiker, Entdecker wichtiger Krankheitsbilder und Syndrome, Wegbereiter der Neurochirurgie, Wegbereiter für die Emanzipierung der Neurologie von der Inneren Medizin und der Psychiatrie sowie Mitbegründer und Vorsitzender der „Gesellschaft deutscher Nervenärzte“ (Dresden 1907).

Oppenheim war Jude und wurde wohl vor allem deshalb in seiner universitären Karriere behindert. Er war gründlich und

sorgfältig in seiner Arbeit, aber auch empfindlich gegen Kritik und unnachgiebig bis starr beim Beharren auf fixierte Überzeugungen, etwa bezüglich seiner „traumatischen Neurosen“, die er bis zum Lebensende einsam verteidigte.

All dies wird in der von H. Bewermeyer herausgegebenen Oppenheim-Biografie ausführlich, kenntnisreich und lebendig geschildert. Das Buch ist für jeden an der Neurologie interessierten Menschen spannend, fast möchte ich sagen Pflichtlektüre. Es geht eingangs auch relativ umfangreich auf Oppenheims jüdisch geprägte Familie und Jugend in Warburg ein, wobei das Typoskript einer von seinem Neffen Emil Herz ausformulierten Art Autobiografie besonders interessant zu lesen ist. Sodann wird über den Antisemitismus im Kaiserreich und an den deutschen Universitäten berichtet, die Geschichte der Neurologie in Bezug auf Oppenheims Wirken geschildert, sehr ausführlich sein Kampf um seine „traumatische Neurose“ beschrieben und dann freilich sein wissenschaftlicher Werdegang und sein Werk in allen Details vorgetragen.

Oppenheim musste für ihn schwere Enttäuschungen hinnehmen: Das Extra-

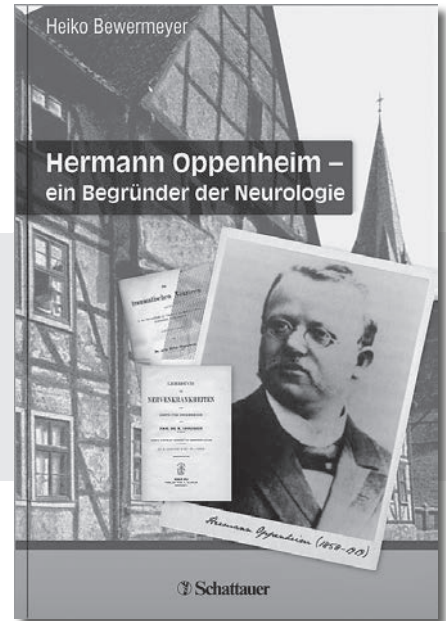


Foto: Schattauer GmbH

ordinariat für Neurologie wurde ihm verweigert, weshalb er unter Protest die Universität verließ, die Verselbständigung der Neurologie gelang ihm nicht und mit seiner „traumatischen Neurose“ hat er sich in der Fachwelt isoliert. Seine herausragende Bedeutung und seine Erfolge werden deshalb nicht geschmälert, mit seinem Werk und seinem Wirken in seiner Poliklinik erlangte er eine Führungsrolle in der deutschen Neurologie und weit hin Weltruhm.

Ein kritische Bemerkung sei erlaubt: Wie bei vielen Büchern, an denen mehrere Autoren beteiligt sind (hier sind es sieben für 200 Seiten), kommt es auch in diesem Werk zu entbehrlichen Wiederholungen und Redundanzen. Gleichwohl: Es ist sehr nachdrücklich zu empfehlen.

Prof. Dr. med. Roland Schiffter, Berlin

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Der doppelte Künstler

Gemälde und Moulagen: In zwei Berliner Ausstellungen sind derzeit Werke aus der Hand von Adolf Fleischmann zu sehen. Damit wird ein „Grenzgänger zwischen Medizin und Kunst“ gewürdigt.

Diese schönen Hände! Feingliedrig wirken sie, und zugleich kräftig. Gehören sie einem Pianisten, einem Bildhauer, vielleicht einem Chirurgen? Nichts davon stimmt, und doch sind die Vermutungen nicht ganz falsch. Adolf Fleischmann, 1892 in Esslingen geboren und 1968 in Stuttgart gestorben, war schließlich ein „Grenzgänger zwischen Kunst und Medizin“. So lautet der Untertitel einer sehenswerten Ausstellung im Medizinhistorischen Museum der Charité, wo das Werk des doppelt Begabten derzeit zu bewundern ist. Unter den Bild-dokumenten aus dem Leben Fleischmanns, die die Werkschau ergänzen, ist auch das Foto seiner Hände zu finden.

Der Absolvent der Königlichen Akademie der Künste in Stuttgart malte mit ihnen – nach Anfängen in spätimpressionistischer

Manier – „abstrakte“ Bilder, mit denen er zumindest unter Kunstkennern Bekanntheit erlangte. Fleischmann, der in seinen Anfängen Paul Cézanne bewunderte, den mit Franz Marc nicht allein die große Tierliebe verband, der in Paris von Robert Delaunay lernte und dessen Bilder später auch Verwandtschaft mit denen eines Piet Mondrian oder Alexander Calder erkennen ließen, schuf mit der Sprache von Form und Farbe Ungegenständliches. Er war ein Künstler, der sich später der Stilrichtung der Konkreten Kunst zugehörig fühlte.

Eine schöne Auswahl der späteren Werke ist derzeit bei Daimler Contemporary Berlin in der gepflegten Atmosphäre des Hauses Huth am Potsdamer Platz in einer Retrospektive im Rahmen der Reihe „Classical : Modern“ zu bewundern:

60 Werke aus drei Jahrzehnten, vor allem solche, die in New York in den 50er und 60er Jahren entstanden sind. Es ist ein Genuss, sich in den Kompositionen aus zu meist eher sanften, sorgsam aufeinander abgestimmten Farben und minimalistischen, geometrischen Formen zu verlieren, die nur auf den ersten Blick „streng“ wirken. Kunstgeschichtlich könnte man sie in der Nähe von Delaunay, Juan Gris, Calder oder Willi Baumeister „einordnen“.

Doch zurück in die Charité. Und damit zu einem gewichtigen Grund, Fleischmann nicht ständig mit anderen, bekannteren Künstlern des 20. Jahrhunderts zu vergleichen: Neben der Berufung als Maler hatte Fleischmann noch einen Brotberuf, in dem er sich ebenfalls als „bildender Künstler“ beweisen musste. Eine laut Katalog weltweit einzigartige Sammlung von 400 chirurgischen Wachsobjekten zeugt davon.

Wie er zu diesem Beruf kam? Im Ersten Weltkrieg schon früh schwer verletzt und als kriegsuntauglich eingestuft, ging Fleischmann 1917 mit der neun Jahre älteren Moulagen-Bildnerin Luise Volger in die Schweiz, wo sie in der Dermatologie des Züricher Universitätsspitals eine Stelle gefunden hatte. In der dortigen Chirurgie wurde auch er, der Absolvent der Kunsthochschule, zum „Mouleur“. Er schuf also zu Lehr- und Demonstrationzwecken naturgetreue Abformungen kranker Körperteile aus Wachs, mit den Gipsformen („Moules“) ausgegossen wurden.

Im Medizinhistorischen Museum ist zum Beispiel das Gesicht des 60-jährigen Landwirts Emil W. zu sehen, einmal mit einem Basaliom am rechten Nasenflügel, ein zweites Mal nach dem gelungenen Eingriff, bei dem der Hautdefekt durch eine Wangenrotation nach Esser geschlossen wurde. Auf der Rückseite des Wachsmodells ist nachzulesen, dass die Wundheilung durch eine Infektion verzögert wurde, der Patient danach aber von seinem Karzinom geheilt war.

Ganz lebensecht wirkt auch die Moulage von der Halspartie des 22-jährigen Dienstmädchens Babette B., die ein Struma recidivans verunziert. Sie kam

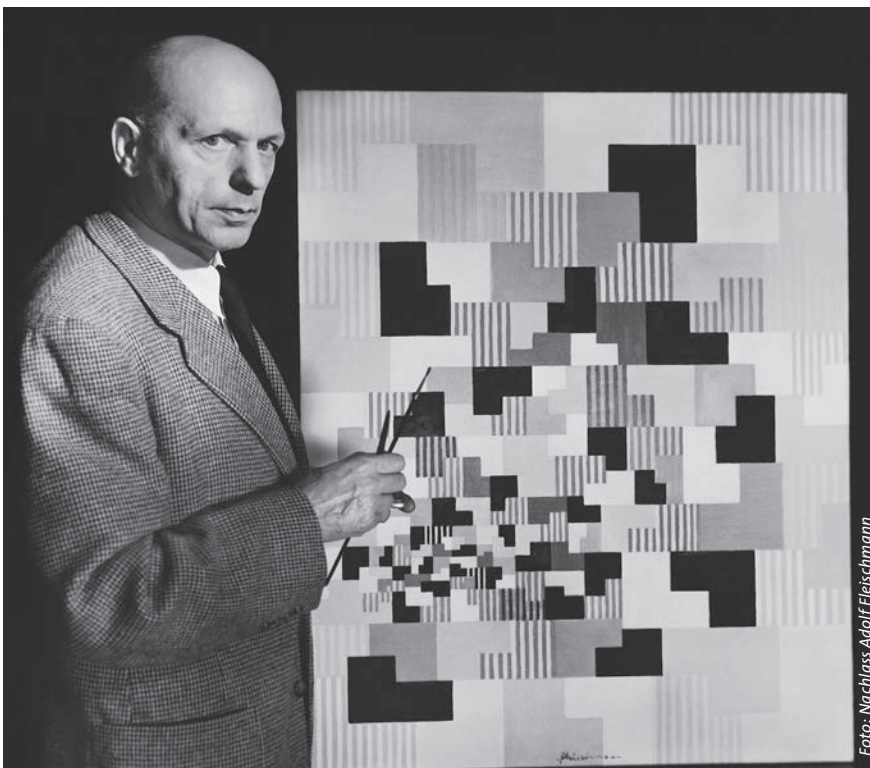


Foto: Nachlass Adolf Fleischmann

Adolf Fleischmann in seinem Studio in New York, 1956.



Adolf Fleischmann, Moulage Nr. 414, Diagnose „Struma recidivans“, (zw. 1917-1927), Wachsmischung, Stoff auf Holz, 40,5 x 31 x 25 cm.

in die Uniklinik, weil der Knoten die Luftröhre nach links verdrängt und ihr das Atmen schwer gemacht hatte. Die Moulage schließt nach oben mit einer Nachformung des unteren Gesichtsdrittels ab. Der Mund des Mädchens wirkt mit den roséfarbenen Lippen lieblich und so wenig starr, dass die Ausstellungsbesucherin sich nicht gewundert hätte, hätte er ihr Lächeln sogleich erwidert. Dass die Moulage schon in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts entstanden ist, gerät bei so viel Frische leicht in Vergessenheit.

Neben den lebensgetreuen Wachs-Moulagen in den Schaukästen sind in der Ausstellung auch minutiöse kleine Zeichnungen in Pastelltönen zu sehen: Abbildungen von Geweben unter dem Mikroskop, die Fleischmann für die Dermatologie anfertigte. In der Moulagen-sammlung der Hautklinik in Zürich wurden die Zeichnungen teilweise unter den Wachsmodellen angebracht, die Fleischmanns Freundin und Mentorin Luise Volger angefertigt hatte. Die Besucher kommen aus dem Staunen über so viel Kunstfertigkeit im Formen und Zeichnen nicht heraus.

Zumal Fleischmann, als er in den 50er Jahren in den USA lebte, auch Zeichnungen für ein Buch beisteuerte, das Juristen und Verwaltungsfachleuten Elementarunterricht in menschlicher Anatomie ge-

Grenze zwischen „lehrhaftem“ und „künstlerischem“ Zeichnen nicht ganz leicht zu ziehen ist. Und dass Fleischmann neben allem anderen auch ein begabter Aktzeichner war.

Eine beeindruckende Werkschau: An den Wänden das Farbspiel der Gemälde, die vor allem in den späteren Phasen von Fleischmanns Schaffen keine Gegenstände aus der realen Welt abbilden, sondern eine eigene Welt schaffen. In den Vitrinen die kunstfertigen Nachbildungen von menschlicher Haut, von Wucherungen und Wunden an den Köpfen und Körpern, Kontraktionen an den Händen, die subtilen Abbildungen von krankhaft veränderten Zellen, und schließlich die beherzten Zeichnungen von gesunden Körpern in Bewegung.

Beim Rundgang sollte man eine Handvoll kleiner Skizzen nicht übersehen, die Fleischmann 1940 im Camp de Saint-Nicolas aufs Papier brachte. In diesem Zeltlager in der Nähe der südfranzösischen Stadt Nîmes wurden zeitweise deutsche und österreichische Emigranten interniert. Eine kleine colorierte Zeichnung lässt es fast idyllisch erscheinen. Der Künstler fand danach bis zum Kriegsende in einem Dorf in der Nähe von Toulouse Unterschlupf.

1927 von Zürich nach Deutschland zurückgekehrt, hatte Fleischmann sich bald in

Ben sollte. Er zeichnete zu diesem Zweck zum Beispiel junge Frauen, die mit ihren tänzerischen, graziösen Haltungen wie Models wirken, bei denen innerhalb der Körperkonturen jedoch die Bewegungen der Gelenke und das Spiel der Muskeln sichtbar werden. Auch bei ihrem Anblick erweist sich, dass die

Berlin niedergelassen, wo er Kontakt zu deutschen Expressionisten und Kubisten fand. Als Avantgarde-Künstler sah er sich nach der Machtergreifung 1933 zur Flucht gezwungen, mit Stationen in Spanien, Italien, Paris und schließlich Südfrankreich. Als er 1948 von dort in die französische Hauptstadt zurückkehrte, musste er feststellen, dass ein Wasserschaden in seinem Pariser Atelier während der Jahre der Abwesenheit alle dort gelagerten Bilder zerstört hatte. In den folgenden Jahren malte er viel und konnte auch ausstellen, er und seine Frau bekamen allerdings keine Arbeitserlaubnis.

1952 entschlossen sie sich, in die USA auszuwandern. Dort folgten künstlerisch ausgesprochen produktive Jahre, in denen er seinen Stil der geometrischen Abstraktion immer weiter verfeinerte. Eine Zeitlang arbeitete er zudem als Reparateur von Moulagen, dann als Laborassistent am Medical Center der Columbia-Universität. Schon um wirtschaftlich zu überleben, musste er also Grenzgänger bleiben.

Die Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité ist eine Übernahme aus Ingolstadt. Dort sind gleich zwei Museen beheimatet, die sich für eine Doppelbegabung und einen Grenzgänger wie Fleischmann zuständig fühlen können: Das Deutsche Medizinhistorische Museum und das Museum für Konkrete Kunst. Ein Glücksfall.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

Die Ausstellung „Surfaces. Adolf Fleischmann – Grenzgänger zwischen Kunst und Medizin“ ist noch bis zum 11.9 im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité zu sehen. Öffnungszeiten: Di, Do, Fr, So: 10 bis 17 Uhr, Mi und Sa: 10 bis 19 Uhr, Mo geschlossen.

www.bmm-charite.de

Die Fleischmann-Retrospektive bei Daimler Contemporary im Haus Huth ist täglich von 11 bis 18 Uhr geöffnet, Eintritt frei.

www.art.daimler.com

BERLINER  ÄRZTE

6/2016 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@ae kb.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 unter Verwendung von:
freshidea/Ellie Nator/darkbird/Polarpx (alle Fotolia.com)

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

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

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

**Anzeigen- und Ab-
verwaltung Leipzig:** Paul-Grüner-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