

BERLINER



ÄRZTE

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal

08/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



smart health

app-to-date mit aeskul-apps?

Für und Wider von Gesundheitsapps

Parteilichkeit für die Patienten



Karin Stötzner

ist seit 2004 Patientenbeauftragte des Berliner Senats und geht Ende dieses Jahres in den Ruhestand.

Das erste Amt der Patientenbeauftragten in einem Bundesland hat mir die damalige Senatorin für Gesundheit und Soziales, Dr. Knake-Werner, 2004 sicher deswegen angetragen, weil ich die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, die Unterstützung der Selbstorganisation von „Betroffenen“ immer auch als aktive Interessenvertretung für Patientinnen und Patienten verstanden habe. Diese Verbindung einer Verankerung in der „Basis“ sollte für all diese Ämter Voraussetzung sein.

Den Anfang machte 1999 die so genannte „Berliner Mängelliste zur Gesundheitsversorgung“, mit der die Berliner Selbsthilfe bei SEKIS (Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle) eigene Erfahrungen in der medizinischen Versorgung zusammengetragen hat, um daraus Kriterien für eine bessere, an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer orientierte Versorgung zu entwickeln. Die Mängelliste bildete viele Jahre die Grundlage dafür, wichtige Baustellen für mehr Patientenorientierung zu benennen. Viele Kritikpunkte von damals werden leider heute immer noch von Patienten bei der Patientenbeauftragten vorgebracht. Um nur einige Beispiele zu nennen:

- Unzureichende Zuwendung (Fünf-Minuten-Takte statt sprechender Medizin),
- Der Eindruck, dass das Geld bei Ärzten oder Kassen und nicht das einzelne kranke Individuum das eigentliche Steuerungsmoment ist,
- Kritik an Leistungs- oder Finanzierungsverweigerungen der Kostenträger,

- Knappes und überlastetes Personal in Kliniken,
- Schlechterstellung von Kassenpatienten gegenüber privat Versicherten,
- Fehlende verständliche und leicht zugängliche Qualitätsinformationen für Patienten.

Es gibt aber auch viele positive Berichte über gelungene Arzt-Patienten-Beziehungen. Und auch in anderen Bereichen hat sich in der Zwischenzeit einiges getan:

- Es gibt viele kompetente Patienten, die sich sehr erfolgreich in Verbänden engagieren,
- Wir haben ein Patientenrechtgesetz, das als Haltgriff für das Grundlegende taugt,
- Patienten haben gesetzlich gesicherte Beteiligungsrechte in den wichtigsten Gremien,
- Es gibt ein Netz von Patientenberatungsstellen und Patientenbeauftragten.

Aber bei genauerem Hinsehen bleibt doch das strukturelle Ungleichgewicht. Patienten sind „an sich“ schwach: krank, physisch und oder psychisch angeschlagen. Sie sind auf Hilfe angewiesen, gegenüber den Professionen „unwissender“, und befinden sich in der Rolle der „Nicht-Kompetenten“, in den meisten Situationen allein, auf komplizierte rechtliche Vorgaben verwiesen,

die sie nicht durchschauen. Das eigentliche Ungleichgewicht in der Patientenvertretung besteht aber in der großen Differenz der Organisationsstrukturen. Dem hochgradig professionell ausgestatteten Apparaten von Ärzten, Kliniken und Kostenträgern steht noch immer ein System vieler kleiner und einiger weniger größerer Verbände von chronisch Kranken oder Behinderten gegenüber, in deren Arbeit das Ehrenamt tragend ist. Es kann so keinen Diskurs auf Augenhöhe oder einen Kampf mit gleich langen Schwertern geben.

Parteilichkeit im Diskurs für eine bessere Interessenvertretung von Patientinnen und Patienten ist also nach wie vor dringend nötig. Gebraucht wird nicht nur mittelfristig eine Ausweitung der Beteiligungsrechte (Mitentscheidung bei Verfahrensfragen), sondern vor allem eine finanziell tragfähige Struktur, die es den Patientenverbänden erlaubt, ebenfalls Juristen und Fachkräfte für das Auswerten von Studien anzustellen.

Ich weiß, dass ich am besagten strukturellen Ungleichgewicht nicht wirklich drehen kann. Es ist unauflösbar. Patienten werden immer auf die Hilfe und unterstützende Interessenvertretung angewiesen sein. Es gibt starke Patienten, die souverän ihre Angelegenheiten selber regeln wollen und das auch können. Die brauchen mich nicht. Aber es gibt eine Pflicht für die „Systemstarken“, für die zu sorgen, die Hilfe brauchen. Es geht darum – und hier sind alle Verantwortungsträger gefragt –, einen anderen, angemessenen Umgang in den Entscheidungsprozessen der Gesundheitsversorgung zu finden.

Wenn ich mein Amt zum Jahresende aufgabe, dann gilt mein Dank allen, die mich in mehr als 30 Jahren in meiner Arbeit begleitet und unterstützt haben.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Keine Sedierung erwünscht



Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 26 Berliner und 2 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS-Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht.

Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in „BERLINER ÄRZTE“ veröffentlicht.

Eine Pflegekraft berichtet ein erstmaliges Ereignis aus der Endoskopie:

Eine Pflegekraft berichtet ein erstmaliges Ereignis aus der Endoskopie: Patientin wurde sediert, obwohl sie keine Sedierung wünschte. Sie war nach der Untersuchung erbost über die Sedierung. Als Gründe nennt die/der Berichtende: Quantitativ stark erhöhter Arbeitsaufwand, immer mehr Untersuchungen müssen mit weniger Personal in kürzerer Zeit durchgeführt werden.

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

Dass Patienten keine Sedierung wünschen, ist eher eine Besonderheit, da die meisten Patienten für endoskopische Eingriffe wie z. B. eine Colonoskopie sediert werden möchten. Warum der Wunsch der Patientin hier nicht berücksichtigt wurde, geht aus dem Bericht nicht hervor. Der Hinweis auf den erhöhten Arbeitsaufwand könnte so gedeutet werden, dass möglicherweise unter einem hohen Zeitdruck der Patientenwunsch übersehen wurde.

Über die Sedierung muss genauso wie für die Untersuchung aufgeklärt werden. In einer aktualisierten S3-Leitlinie der Dt. Gesellschaft für Gastroenterologie in Zusammenarbeit mit sechs weiteren Berufsverbänden und Organisationen werden Empfehlungen zur „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ gegeben (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-014l_S3_Sedierung_gastrointestinale_Endoskopie_2015-07.pdf). Die Leitlinie enthält Regeln zur Indikation, den Zielen, Risiken und einsetzbaren Methoden der Sedierung, strukturellen Voraussetzungen und zur erforderlichen Prozessqualität.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Muss auch in der Endoskopie ein so genanntes Team-Time-Out eingeführt werden wie bei operativen Eingriffen? In manchen Einrichtungen wird dies so gehandhabt: Der Name des Patienten, die richtige Identifikation und der richtige diagnostische Eingriff werden vor Start der eigentlichen Untersuchung im Team und vom Team geprüft. Ob vom Team oder einem einzelnen Mitarbeiter

– die folgenden Angaben sollten in jedem Fall geprüft werden:

- Bei jedem Patienten, der untersucht werden soll, muss aktiv die Identität geprüft werden. Dies bedeutet, den Patienten nach seinem Namen, Vornamen und Geburtsdatum zu fragen („Bitte nennen Sie mir Ihren Namen und Vornamen.“). Zum „Muss“ gehört auch die vorliegende Aufklärung des Patienten.
- Bei dieser Gelegenheit kann auch gleich danach gefragt werden, was untersucht werden soll und ob eine Sedierung gewünscht wird – auch wenn die Frage nach der Sedierung bereits im Aufklärungsgespräch geklärt worden ist.
- Bei einem Personalwechsel – weil z. B. die Pflegekraft in einem anderen Raum aushelfen muss – sollte diese Prüfung wiederholt werden.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 137200 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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



GASTKOMMENTAR.....

Parteilichkeit für die Patienten

Von Karin Stötzner.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Nach dem Referendum

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....21

FORTBILDUNG.....

CIRS – Der aktuelle Fall.....4

Der Veranstaltungskalender der

Ärztekammer Berlin.....24

BERUFSRECHT.....

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.....27

PERSONALIEN.....

Wolfram Singendonk zum

75. Geburtstag

Von Elke Jäger-Roman und Ulrich Fegeler.....7

Bestandene Facharztprüfungen

Mai/Juni 2016.....28



TITELTHEMA

Gesundheits- und Medizin-Apps sind für viele Patienten zu beinahe alltäglichen Begleitern geworden. Manche Patienten informieren sich nicht nur digital, sondern erfassen und beobachten wie

selbstverständlich laufend ihre Vitalwerte mit dem Smartphone. Das verändert das Gesundheitswesen und das Arzt-Patienten-Verhältnis. Aber wie? Und welche Rolle übernehmen Ärzte in dieser neuen Welt der smarten Gesundheit? Eine Momentaufnahme.

Von Angela Misslbeck.....14

Flüchtlinge

„Hand-in-Hand“ – Hilfe für traumatisierte Mütter und ihre Babys

Am Vivantes-Klinikum Neukölln wird seit Anfang des Jahres das Projekt „Hand-in-Hand“ für Mütter und Schwangere mit traumatischen Fluchterfahrungen angeboten. Traumata können die frühe Bindung zwischen Eltern und Kind schwer belasten und damit die Entwicklung der Kinder stark beeinträchtigen.

Das Projekt wird in Kooperation mit dem Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt und dem Kindergesundheitshaus e.V. durchgeführt und soll betroffenen Frauen Hilfe bei der Bearbeitung von traumatischen Erfahrungen bieten. Gleichzeitig sollen durch gezielte Dokumentation auch neue Erkenntnisse für die Traumaforschung gewonnen werden. Die Finanzierung erfolgt durch Fördermittel von Aktion Mensch, der World Childhood Foundation und weitere Spenden.

Beim Projekt „Hand in Hand“ handelt es sich um ein Gruppenangebot speziell für Frauen mit Fluchterfahrung, die schwanger sind oder gerade ein Baby bekommen haben. Die Frauen treffen sich einmal wöchentlich in einer Gruppe, um gemeinsam zu essen und sich

auszutauschen. Dabei werden sie von länger in Deutschland lebenden Migrantinnen und psychoanalytisch geschulten Gruppenleiterinnen unterstützt, beraten und begleitet. Der Kontakt zu den Frauen entsteht über das Personal der Neuköllner Geburtsstation, das vom Bezirk Neukölln unterstützte Projekt „Babylotse“ sowie Netzwerke der Flüchtlingshilfe.

Prof. Rainer Rossi, Chefarzt der Kinderklinik am Klinikum Neukölln, sagt zu dem Projekt: „Die Entwicklung von Babys ist zu Beginn des Lebens vollständig von der Empathie einer fürsorglichen Bezugsperson abhängig. Traumatisierte Eltern sind aber oft erstarrt in sich zurückgezogen und können nicht richtig auf die Bedürfnisse ihres Babys eingehen. Die Entwicklung dieser Kinder ist dann von schweren emotionalen, kognitiven und sozialen Beeinträchtigungen bedroht. Die Mütter brauchen Unterstützung, um aus ihrer Schockstarre heraus zu kommen und eine normale Bindung zu ihrem Kind aufbauen können. Sonst wird das Trauma auf die nächste Generation weiter gegeben.“

Seltene Erkrankungen

Eva Luise Köhler Forschungspreis ausgeschrieben

Zum zehnten Mal schreibt die Eva Luise und Horst Köhler Stiftung für Menschen mit seltenen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. den mit 50.000 Euro dotierten Eva Luise Köhler Forschungspreis für seltene Erkrankungen aus. Durch Mangel an Forschung fehlen den Betroffenen einer seltenen Erkrankung, den Waisenkindern der Medizin, oft Medikamente und Therapien.

„Allein in Deutschland sind etwa vier Millionen Menschen von einer seltenen Erkrankung betroffen. Diese Zahl macht deutlich, welch' großen Bedarf es an Wissen und Forschung auf dem Gebiet der seltenen Erkrankungen gibt. Die Forschungsförderung ist für die Betroffenen deshalb ein so wichtiges, ja lebenswichtiges Anliegen!“, betont Eva Luise Köhler. Der Preis soll den Angaben zufolge ein Forschungsprojekt auszeichnen, das sich einer seltenen Erkrankung widmet. Damit honoriert er einerseits die für viele Betroffene lebenswichtige Leistung des Forschers, andererseits weist er symbolhaft auf die Wichtigkeit des Forschungsengagements im Bereich der seltenen Erkrankungen hin.

Bewerbungsschluss für den Eva Luise Köhler Forschungspreis 2017 ist der 04. September 2016. Ende Februar 2017, rund um den europäischen „Tag der Seltene Erkrankungen“, erfolgt in Berlin die feierliche Vergabe an den oder die Preisträger(in).

Weitere Informationen unter www.achse-online.de



ANZEIGE

Gratulation

Wolfram Singendonk zum 75. Geburtstag

Am 7. August 2016 wird Wolfram Singendonk 75 Jahre alt. Er ist einer der herausragenden Protagonisten der Berliner Pädiatrie. Seit vielen Jahren ist er ein aktives Mitglied der Ärztekammer Berlin, u.a. als seit 1998 gewähltes Mitglied der Delegiertenversammlung und stellvertretender Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses II der Kammer mit besonderer Verantwortung für die Kinder- und Jugendmedizin. Seit 30 Jahren ist er ein Vordenker von Theorie und Praxis guter Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen, ein Ausbilder von Medizinstudenten und Weiterbilder von Assistenten der Pädiatrie und Allgemeinmedizin in seiner eigenen Kinder- und Jugendmedizinischen Praxis. Er hat intensiv mitgearbeitet am ersten kompetenzbasierten Curriculum für die ambulante pädiatrische Weiterbildung und sich vielfach in die Lehre eingebracht: Seit Beginn führt er zusammen mit weiteren Kollegen den „Weiterbildungskurs Pädiatrie“ für angehende Allgemeinmediziner durch, hält regelmäßig Fortbildungsvorträge bei der Kaiserin-Friedrich Gesellschaft und der Akademie für Sozialmedizin und beteiligt sich an den Impfkursen der Ärztekammer Berlin. Er hat sich erfolgreich dafür eingesetzt, dass ein obligater Abschnitt „Pädiatrie“ in die Weiterbildung zukünftiger Allgemein-Mediziner in Berlin eingeführt wurde. Wolfram Singendonk begann sein Medizinstudium nach einigen

beruflichen Umwegen im Wintersemester 1965/66 an der FU Berlin, legte 1972 das Staatsexamen ab und erhielt nach Ableistung der Medizinalassistentenzeit 1973 die Approbation als Arzt. 1974 begann er die Facharztweiterbildung an der Kinderklinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Charlottenburg KAVH (Kaiserin Auguste Viktoria Haus). 1979 erlangte er die Anerkennung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin durch die Ärztekammer Berlin und fast zeitgleich den Doktorgrad der Medizin durch den Fachbereich Medizin der Universität Hamburg. Während seiner Weiterbildung hat er zwei Interessen besonders gepflegt, die er auch später in seiner Praxis fortgeführt hat: die pädiatrische Rheumatologie und die Sonographie mit all ihren sich vehement entwickelnden Möglichkeiten. In den 70er Jahren hat er die Mehrheit aller Kinder mit rheumatischen Erkrankungen im damaligen West-Berlin zusammen mit einer Kollegin in einer Spezialsprechstunde betreut. Viele Familien sind ihm später in seine Praxis gefolgt. Während zweier Tätigkeitsjahre auf der radiologischen Abteilung der Kinderklinik hatte er eine kleine Sonographie-Abteilung aufgebaut und die Sonographie zur Routineuntersuchung gebracht. Seinen großen Wissensvorsprung auf diesem Gebiet hat er in Ultraschall-Fortbildungskursen für niedergelassene Pädiater genutzt. Von 1983 bis 2010 hat Wolfram Singendonk eine große



kinder- und jugendmedizinische Gemeinschaftspraxis mit einer Kollegin in einem Berliner so genannten sozialen Risikogebiet geführt, viele Kinder und Jugendliche mit rheumatischen Erkrankungen betreut und eine sonographische Ambulanz geführt.

Neben seiner Praxis- und Weiterbildungstätigkeit wirkte er viele Jahre in der Ständigen Impfkommission (STIKO) sowie den Ethikkommissionen der Ärztekammer Berlin und der Charité mit. Nach der Abgabe seines Praxissitzes an seine Nachfolger baute er auf Bitten der Kinderklinik der Charité im Klinik-MVZ eine kleine pädiatrische Praxis auf, die für die vielen Weiterbildungsassistenten auch als Lehrpraxis für die allge-

meinpädiatrische Grundversorgung geplant ist. Zu seinem Geburtstag hat er sich vorgenommen, seine berufliche Rastlosigkeit mit den vielen Passionen und Engagements so weit zurückzunehmen, dass er sich den Familien seiner drei Söhne und den sechs Enkelkindern noch besser widmen kann. Lieber Wolfram, Du hast Dich in beispielhafter Weise um die Berliner Pädiatrie verdient gemacht. Wir wünschen Dir für Deinen Lebensweg weiter viel Freude beruflich und privat, uns allen Deine ansteckende Fröhlichkeit und Dir viel mehr Zeit für die anderen Seiten des Lebens.

*Dr. Elke Jäger-Roman und
Dr. Ulrich Fegeler*

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Jüdisches Krankenhaus Berlin

Dr. med. Titus Verdenhalven wurde zum Chefarzt der Abteilung für Gefäßchirurgie am Jüdischen Krankenhaus Berlin ernannt. Dr. Verdenhalven, der Medizin in Bochum und Berlin studiert hat und zuvor in verschiedenen Berliner Kliniken tätig war, war zum 1. Februar 2014 ans Jüdische Krankenhaus Berlin gewechselt und seither Ärztlicher Leiter der Abteilung für Gefäßchirurgie. Eingebunden in das Gefäßzentrum am Jüdischen Krankenhaus Berlin hat sich die Abteilung in dieser Zeit medizinisch und wirtschaftlich hervorragend entwickelt und eine jährlich steigende Zahl an Patienten auf qualitativ höchstem Niveau versorgt. Das zeigen nicht zuletzt die jährlich von der Senatsgesundheitsverwaltung veröffentlichten Transparenzdaten für ausgewählte Krankenhausbehandlungen (Gefäßmedizin).

Da die Stiftung überzeugt ist, dass die positive Entwicklung auch in den kommenden Jahren anhalten wird, wird die Abteilung unter chefarztlicher Leitung, in Umsetzung des neuen Krankenhausplans des Landes Berlin, um fünf Betten erweitert. Zeitgleich wird das medizinische Leistungsspektrum schwerpunktmäßig fortentwickelt.

Evangelische Elisabeth Klinik Berlin

Die Schwerpunkte der Abteilung für Innere Medizin der Evangelischen Elisabeth Klinik Berlin erweitern sich. Neben dem Bereich von Gastroenterologie, Endokrinologie und Ernährungsmedizin entsteht in der Elisabeth Klinik ein Department für Pneumologie. Dies steht unter der Leitung von Dr. med. Markus Allewelt, der langjährig als Oberarzt der Evangelischen Lungenklinik in Berlin Buch tätig war und für die Bereiche Infektiologie (Tuberkulose), pulmonal-arterielle Hypertonie und Insektengiftallergie auch weiterhin dort tätig ist.

Das Department für Pneumologie bietet ein breites Spektrum pneumologischer Diagnostik und Therapie im Bereich obstruktiver Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD), infektiöser Lungenerkrankungen (Pneumonie, Tuberkulose), interstitieller Lungenerkrankungen (Sarkoidose, Lungenfibrose) und maligner Erkrankungen von Lunge und Pleura. Unter dem Aspekt „In einem Atemzug – Pneumologie der Elisabeth Klinik und Evangelische Lungenklinik“ besteht eine enge Kooperation mit gemeinsamen interdisziplinären klinischen Konferenzen, einer Anbindung an das Weaning-Zentrum sowie die thoraxchirurgische Abteilung.

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

Rechtsstreit

Millionenklage gegen Rettungsdienstgebühren der Berliner Feuerwehr überwiegend erfolglos

Der 1. Senat des Oberverwaltungsgerichts Berlin-Brandenburg hat am 30.06.2016 in zwei Berufungsverfahren entschieden, dass die Gebühr für den Einsatz von Rettungstransportwagen (RTW) der Berliner Feuerwehr in den Jahren 2005 bis 2009 in Höhe von (damals) 281,34 Euro ganz überwiegend rechtmäßig war, wie die Senatsverwaltung für Inneres und Sport betonte.

Die Personalkosten inkl. Beihilfen, Gebäudekosten, weitere Sachkosten (Treibstoffe, Reparaturkosten, medizinisches Verbrauchs-

material) sowie die innerbetrieblichen Verrechnungen seien nicht beanstandet worden. Auch die in Ansatz gebrachten kalkulatorischen Pensionskosten und die Abschreibungsmethode für Rettungsfahrzeuge wurden dem Grunde nach vom Gericht für rechtmäßig erkannt, hieß es. Bei den Fallzahlen, aus denen sich die festgesetzte Gebühr im Zusammenhang mit den anzuerkennenden Kosten errechnet, ist das Oberverwaltungsgericht der Vorgehensweise der Berliner Feuerwehr nicht gefolgt. Anzusetzen sind aus Sicht des Gericht-

tes alle Rettungseinsätze (einschließlich der sogenannten Fehlfahrten).

Mit dieser Entscheidung könnte der seit 2005 dauernde Rechtsstreit zwischen den Krankenkassen und der Berliner Feuerwehr enden, da der 1. Senat eine Revi-

sion zum Bundesverwaltungsgericht nicht zugelassen hat. Die klagende AOK Nordost könne statt eingeklagter 5,3 Mio. Euro nur 440.000 Euro vom Land Berlin zurückverlangen, erklärte die Senatsverwaltung für Inneres und Sport weiter.



ANZEIGEN

Berlin-Mitte

„Haus der Gesundheit“ bleibt erhalten

Das „Haus der Gesundheit“ am Alexanderplatz bleibt als Ärztehaus erhalten und wird darüber hinaus als Medizinstandort weiter ausgebaut. So plant der Käufer neben der Sanierung des denkmalgeschützten Gebäudes in Berlin-Mitte die Ansiedlung weiterer Anbieter rund um das Thema Medizin, wie die AOK Nordost mitteilte. Der neue Eigentümer ist den Angaben zufolge ein mittelständischer, deutscher Immobilieninvestor mit langfristigen Fokus, der sich auf die Transformation denkmalgeschützter Strukturen und historisch relevanter Bauten spezialisiert hat.

„Wir beabsichtigen, das Haus auf Basis eines lebendigen Konzeptes rund um das Thema Gesundheit neu zu beleben. Dabei werden wir den Bestand mit zukunftsgerichteten Themen rund um das gesundheitliche Wohlbefinden in umfassendem Sinne miteinander verbinden und das Haus gänzlich diesem Thema widmen“, sagt Architekt Daniel Bormann als Vertreter des neuen Eigentümers. Die ärztlichen Strukturen würden beibehalten und erweitert. Gleichzeitig werde Raum für Forschung und Entwicklung geschaffen. Geplant sei, die gesamte Bandbreite von themenspezifischem Einzelhandel

über fachkundigen, medizinischen Service bis hin zu etablierten und jungen Technologie-Unternehmen unter einem Dach zu vereinen, so Bormann.

Nachdem die Sana Gesundheitszentren GmbH als langjährige private Betreiberin das Ärztehaus in der Karl-Marx-Allee im Sommer 2014 verlassen hatte, prüfte die AOK Nordost als Immobilieneigentümerin verschiedene Nutzungsvarianten und entschied sich für den Verkauf im Rahmen eines öffentlichen Bieterverfahrens. „Die AOK Nordost war nicht Betreiberin des Ärztehauses, sondern Immobilieneigentümerin. Dennoch haben wir uns dafür eingesetzt, dass die ärztliche Versorgung im ‚Haus der Gesundheit‘ gewährleistet ist. So ist der Verkauf nur zu der Bedingung erfolgt, dass die Immobilie auch in Zukunft von Ärzten genutzt werden kann und zwar mindestens im derzeitigen Umfang von 50 Prozent der Fläche“, sagt Frank Michalak, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordost.

„Umso mehr freut es uns, dass der neue Eigentümer nicht nur den Erhalt der ärztlichen Versorgung zusichert, sondern den Medizinstandort weiterentwickeln will“, so Michalak weiter.

MDS



IGeL-Monitor kritisiert Selbstzahlerleistungen

82 Prozent der Versicherten kennen Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Und jeder Zweite (52 Prozent), der die Selbstzahlerleistungen in der Arztpraxis angeboten bekommt, nimmt sie an. Drei Viertel der Patienten fühlen sich aber nicht ausreichend informiert – das sind die Ergebnisse der Evaluation des IGeL-Monitors, bei der 2.149 Versicherte repräsentativ befragt worden sind. Veröffentlicht wurden die Ergebnisse vom Spitzenverband des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS) Anfang Juli.

„Der IGeL-Markt boomt. Information und Aufklärung geraten in der Praxis dabei manchmal in den Hintergrund. Aus unserer Sicht sind die Ärzte gefordert, über Nutzen und mögliche Risiken der Selbstzahlerleistungen ausführlich aufzuklären“, sagte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. Dafür müssten schriftliche Informationen zur Verfügung gestellt werden. Die Patienten sollten zudem ausreichend Bedenkzeit erhalten und nicht unter Druck gesetzt werden. Die von den Krankenkassen vorgebrachte Kritik ist nicht neu.

Wie wichtig fundierte Informationen für Patienten sind, wird auch bei der jüngsten Bewertung des IGeL-Monitors deutlich. Nutzerinnen berichten sowohl auf IGeL-Monitor als auch auf igel-aerger.de, dem kooperierenden Beschwerdeportal der Verbraucherzentrale NRW, dass sie sich verunsichert fühlen, wenn sie sich für oder gegen IGeL in der Schwangerschaft entscheiden sollen. Der IGeL-Monitor hat daher mehrere dieser IGeL unter die Lupe genommen – aktuell bewertet wurden ergänzende Ultraschall-Untersuchungen in der Schwangerschaft. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass diese nicht schaden, aber auch nichts nützen. Dazu erklärt Dr. Michaela Eikermann, Leiterin des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim MDS: „Wer diese IGeL nicht in Anspruch nehmen möchte oder kann, der braucht kein schlechtes Gewissen haben.“ Der IGeL-Monitor hat inzwischen 41 IGeL bewertet und beschrieben. Das Spektrum reicht von Akupunktur in der Schwangerschaft über Lichttherapie bei saisonal depressiver Störung bis hin zur Bestimmung des Immunglobulin G (IgG) gegen Nahrungsmittel.

ANZEIGEN

Gesundheitssenator Czaja: Ambulante Ärzteversorgung deutlich verbessert

Die regionalen Unterschiede in der Verteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in Berlin sind offenbar geringer geworden. 158 Arztpraxen sind laut Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales im Zeitraum von Juli 2013 bis Juli 2015 in Bezirke verlegt worden, die im Berlinvergleich unterdurchschnittlich versorgt sind. In den Jahren 2003-2013 gab es eine negative Entwicklung, die damit umgedreht werden konnte. Berlin habe als erstes Bundesland überhaupt die auf Landesebene erweiterten Mitwirkungsmöglichkeiten bei der Steuerung der Ärzteversorgung voll ausgeschöpft. Das 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz eröffnete diese neuen Möglichkeiten. Daraufhin wurde in Berlin das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V ins Leben gerufen. Darin wirkt auch die Ärztekammer Berlin mit.

Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) erläuterte am 13. Juli: „Nach nunmehr fast drei Jahren Laufzeit zeigt die Steuerung der

Ärzteversorgung im gemeinsamen Landesgremium deutliche Wirkung: Seit 2013 sind 85,9 % aller überbezirklichen Verlegungen von Arztpraxen „bergab“ erfolgt, also von einem besser versorgten in einen weniger gut versorgten Bezirk. Wir haben Tempo gemacht und das zeigt Wirkung. Dank der Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sowie den Krankenkassen und Ersatzkassen konnte die wohnortnahe Ärzteversorgung innerhalb Berlins gerechter werden. Viele Berlinerinnen und Berliner profitieren von kürzeren Wegen in eine Praxis.“ Darüber hinaus habe man eine so genannte Dreier-Regel verabredet. Falls ein Bezirk in einer entsprechenden Arztgruppe eine zu geringe Ärztedichte aufweist, ist im Sinne der kleinräumigeren Versorgungssteuerung ein Nachbesetzungsverfahren unter Maßgabe einer Verlegung in einen der drei zu diesem Zeitpunkt rechnerisch am geringsten versorgten Bezirke anzustreben.

So wurden den Angaben zufolge beispielsweise aus Charlottenburg-Wilmersdorf, einem der am besten versorgten Bezirke, 19,5 Psychotherapeuten in andere, schlechter versorgte Bezirke verlagert. Dies entspricht einem Rückgang um rund 4 %. Neukölln konnte hingegen im selben Zeitraum sechs Psychotherapeuten hinzu gewinnen. Dieser Zuzug nach Neukölln bringt dem Bezirk eine prozentuale Änderung der Zahl von Psychotherapeuten-Praxen um 7 %.

Aber auch in der sektorenübergreifenden Versorgung ist es dem gemeinsamen Landesgremium gelungen, Verbesserungen einzuleiten. Der Schlaganfall ist eine der häufigsten Todesursachen und die häufigste Ursache für Behinderungen im Erwachsenenalter.

Ca. 13.000 Menschen erleiden jährlich in Berlin einen Schlaganfall. Der demographische Wandel lässt eine weitere Zunahme der Schlaganfälle insbesondere in

den höheren Altersgruppen erwarten. Im Bereich der Akutversorgung sei es nun gelungen, abgestimmte Dokumentationen und Übergabeprotokolle zu etablieren sowie eine strukturierte Ersteinschätzung in allen Notaufnahmen einzuführen.

Auch habe man sich auf verbindlich standardisierte Vorgehensweisen und Qualitätskriterien sowie die Eintragung der Fälle ins Schlaganfallregister verständigt. Der Übergang zwischen Akutversorgung und Rehabilitation werde nun durch eine praxisnahe und alltagstaugliche sozialmedizinische Empfehlung für die Überleitung von Patienten mit Schlaganfallerkrankung erleichtert, welche als Handreichung in Akutkliniken, stationären, ambulanten und mobilen Rehabilitationseinrichtungen sowie bei den Kostenträgern und deren medizinischen Diensten eingesetzt werden. Es wird eine halbjährliche Evaluation und Ergebnissicherung geben, hieß es weiter.

Nachtrag

DÄT: Statement von Matthias Lohaus

In Heft 7/2016 hatte sich der Fehlerteufel eingeschlichen. Bei den Einschätzungen der Berliner Delegierten zum 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg war das Statement von Dr. Matthias Lohaus nicht abgedruckt worden. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen. Nachfolgend finden Sie Text:

„Mich hat beeindruckt und betroffen gemacht, dass ein großer Teil der Delegierten sich nicht für die GOÄ interessiert und lieber über die Preise für Arzneimittel diskutiert als über die Preise für die eigenen (privatärztlichen) Leistungen. Offenbar fühlen sich diese Kollegen/-innen nicht betroffen und die betroffenen Kollegen/-innen sind ihnen nicht wichtig. Der von mir gestellte Abwahl-

antrag gegen den Präsidenten, der mit seinem Versagen bei den bisherigen GOÄ-Verhandlungen begründet war, wurde mit deutlicher Mehrheit gar nicht erst auf die Tagesordnung genommen. Es war mir klar, dass eine Dreiviertel-Mehrheit, die zur Abwahl eines BÄK-Präsidenten erforderlich ist, nie zustande gekommen wäre. Aber ein Schweigen zu dem bisherigen GOÄ-Desaster wäre für mich nicht mit einer Fortsetzung meiner berufspolitischen Tätigkeit vereinbar gewesen. Immerhin ein gutes Drittel der Delegierten wollte den Antrag auf der Tagesordnung haben, um ihn zu diskutieren.

Den genauen Verlauf der Debatte können sie auf der Internetseite der BÄK im Steno-

gramm der Sitzung nachlesen, der TOP O wird als erster behandelt. http://www.bundesärztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/119.DAET/119._DAET_-_Stenogramm_der_Abstimmungen.pdf

Den Antrag im Wortlaut finden Sie auf der Seite von MEDI BERLIN (www.mediberlin.de). Auch wenn der Abwahlantrag gar nicht erst auf die Tagesordnung kam, schaffte die Debatte darüber doch die Grundlage für die anschließende, sehr sachlich geführte Diskussion über die GOÄ. So konnten durch viele Anträge deutliche „Leitplanken“ für die kommenden GOÄ-(Neu-)Verhandlungen gesetzt werden, was auf



Foto: S. Rudat

dem Sonderärztetag im Januar noch unmöglich war. Damit stellt sich die GOÄ-Situation jetzt etwas weniger düster dar, als noch im Januar. Hoffentlich halten sich die ärztlichen Verhandler an die Vorgaben des Ärztetages.“

Dr. med. Matthias Lohaus
(Allianz Berliner Ärzte)

Berlin und Brandenburg I

Gemeinsame Sitzung der Kammervorstände

Die Vorstände der Landesärztekammer Brandenburg und der Ärztekammer Berlin haben sich am 8. Juli 2016 zu einer gemeinsamen Sitzung in Potsdam getroffen. Die Sitzung diente dem intensiven Austausch über eine ganze Reihe von Themen, die beide Kammern betreffen. Dazu gehörten unter anderem die Themenbereiche Kammermitgliedschaft, Weiterbildungsbefugnisse, Fachsprachtests für ausländische Ärztinnen und Ärzte, Beitragsordnungen und GOÄ-Novelle. Auch das Gemeinsame Krebsregister für Berlin und Brandenburg wurde eingehend erörtert.



Foto: A. Zimmermann

Berlin und Brandenburg II

Staatsvertrag zum Gemeinsamen klinischen Krebsregister in Kraft getreten

Am 1. Juli 2016 ist der Staatsvertrag zwischen dem Land Berlin und dem Land Brandenburg über die Einrichtung und den Betrieb eines klinischen Krebsregisters in Kraft getreten. Grundlage ist der § 65c des Fünften Buches Sozialgesetzbuchs. Die Parlamente beider Länder haben ihre Zustimmung gegeben und die Ratifikationsurkunden ausgetauscht. Die Länder Berlin und Brandenburg machen damit als einzige Länder von der Möglichkeit eines länderübergreifenden klinischen Krebsregisters Gebrauch. Dies macht Sinn für eine Region, in der zwischen 10 und 20 % der in Berlin behandelten Patientinnen und Patienten in Brandenburg wohnen. Das klinische Krebsregister wird von einer eigens zu diesem Zweck von der Landesärztekammer Brandenburg gegründeten gGmbH mit Sitz in Cottbus betrieben. Die Fachaufsicht wird vom für Gesundheit zuständigen Ministerium des Landes Brandenburg im Einvernehmen mit der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung des Landes Berlin ausgeübt. Das klinische Krebsregister (KKR) unterliegt strengen datenschutzrechtlichen Anforderungen. Die Daten werden in einer zentralen, besonders gesicherten Datenbank erfasst. Nur wenige Personen, die einer Geheimhaltungspflicht unterliegen, haben Zugang dazu.

Das KKR wird fünf dezentrale Registerstellen in Brandenburg und eine dezentrale Registerstelle in Berlin haben. Sitz der Registerstelle Berlin wird in der Potsdamer Straße 182 sein. Voraussichtlich im August wird die Registerstelle dort nach notwendigen Umbaumaßnahmen ihre Arbeit aufnehmen können. Das Personal für die Registerstelle Berlin ist bereits ausgewählt.

Die Errichtungskosten werden von den beiden Ländern getragen, die dabei durch ein Förderprogramm der Deutschen Krebshilfe finanziell unterstützt werden. Die laufenden Betriebskosten werden durch eine Registerpauschale und durch ergänzende Zuschüsse der beiden Länder finanziert. Die Krankenkassen zahlen für jeden im KKR erfassten Neuerkrankungsfall diese Pauschale. Die privaten Krankenversicherungen und auch die Beihilfeträger des Bundes und der beiden Länder wollen sich auch beteiligen.

Der Berliner Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) erklärte dazu: „Es ist ein guter Tag für alle Patientinnen und Patienten, die von der heimtückischen Krankheit Krebs betroffen sind. Das klinische Krebsregister liefert mit vollständigen individuellen Behandlungsverläufen nicht nur wertvolle Informationen für die individuelle Behandlung von Patientinnen und Patienten, die z.B. bei Tumorkonferenzen genutzt werden können. Es liefert auch Aussagen zur Versorgungsqualität und zu den Erfolgen verschiedener Behandlungsmethoden sowie Daten für die Krankenhausplanung und die Versorgungsforschung. Der Nutzen hängt aber entscheidend von der Datenqualität ab. Wir brauchen dafür eine Meldequote von über 90 %. Daher hoffe ich, dass möglichst alle Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztlin und Zahnärzte gerade auch aus Berlin die Meldungen nach den Vorgaben des Staatsvertrages vornehmen. So tragen sie aktiv zur Verbesserung der Qualität der onkologischen Versorgung im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten bei.“ Da in Berlin die flächendeckende, unabhän-

gige klinische Krebsregistrierung neu aufgebaut werden muss, sieht der Staatsvertrag für Berlin eine dreimonatige Übergangsregelung vor. Für die Meldepflicht von Berliner Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten ist eine Stichtagsregelung vorgesehen: An das klinische Krebsregister (KKR) sind die klinischen Daten nur für Patientinnen und Patienten zu melden, deren Krebserkrankung nach dem 1. Juli 2016 neu auftritt. Diese Stichtagsregelung ist notwendig, damit im klinischen Krebsregister von vornherein vollständige Behandlungsverläufe erfasst werden können. Für in Berlin behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Brandenburg sind auch die Daten zu bereits vor dem Inkrafttreten des Staatsvertrags Erkrankten an das KKR zu melden, da Brandenburg auch die bereits in der Vergangenheit

Patienten

durch die dortigen bisherigen klinischen Krebsregister erhobenen Daten in das KKR übernimmt.

Ab dem 1. Juli 2016 wird auch die bisherige Meldepflicht an das Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR) weitgehend abgeschafft und durch die Meldepflicht an das KKR ersetzt. Damit soll die Umstellung der Meldepflicht so einfach wie möglich gemacht werden.

Weitere Informationen finden sich auf der offiziellen Homepage des Gemeinsamen klinischen Krebsregister <http://www.kkrbb.de/> und auf der Homepage der Ärztekammer Berlin https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/62_Klinisches-Krebsregister/index.shtml

ÄZQ veröffentlicht aktualisierten Methodenreport

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat den allgemeinen Methodenreport zur Erstellung von Kurzinformativen für Patienten aktualisiert und erweitert. Das nun veröffentlichte Dokument informiert ausführlich über die aufwendigen Entwicklungs- und Abstimmungsprozesse der patientenfreundlichen Informationsblätter. Zudem beschreibt es, wie anerkannte Anforderungen an evidenzbasierte Patienteninformationen und die Patientenbeteiligung umgesetzt werden. Die Informationsmaterialien sind konzipiert als Serviceangebot für Ärzte zur Unterstützung der Information und Aufklärung von Patienten im persönlichen Gespräch. Sie sind aber auch für Interessierte direkt zugänglich. Auf zwei Seiten geben die Kurzinformativen einfach und verständlich einen Überblick über Erkrankungen oder andere wichtige Gesundheitsthemen. Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen vor – darunter auch Arabisch.

Der Methodenreport sowie alle Kurzinformativen und Übersetzungen können als PDF-Dokument kostenfrei auf den Internetseiten des ÄZQ abgerufen werden: <http://www.aezq.de/mbd/downloads/kip/methodik/aezq-kip-patienten-methodik.pdf>

Schöne neue Welt ders markt Health?

Von Angela Misslbeck

mit dem Smartphone. Das verändert
das Gesundheitswesen und das Arzt-Patienten-Verhältnis. Aber wie?
Und welche Rolle übernehmen Ärzte in dieser neuen Welt der
smarten Gesundheit? Eine Momentaufnahme.

**Gesundheits- und
Medizin-Apps** sind
für viele Patienten zu
beinahe alltäglichen
Begleitern geworden.
Manche Patienten
informieren sich
nicht nur digital,
sondern erfassen
und beobachten
wie selbstver-
ständig laufend
ihre Vitalwerte

Seit Juli sind sie auf dem Markt: Die ersten Versicherungstarife in Deutschland, bei denen die Prämie abhängig vom Gesundheitsverhalten der Versicherten variiert. Den umstrittenen ersten Schritt hat der Versicherer Generali mit dem Vitality-Tarif gewagt. Das Vitality-Modell ist im Ausland bereits etabliert. Der südafrikanische Discovery-Konzern bietet es in Kooperation mit Versicherern in England und in den USA an. Es funktioniert so:

Die Versicherten dokumentieren mit der Vitality-App ihr Gesundheitsverhalten. Erfasst werden zum Beispiel Besuche im Fitnessstudio oder Schritte im Alltagsleben. Kunden können auch die Wahrnehmung von Vorsorgeterminen, den Verzicht aufs Rauchen oder den Einkauf gesunder Lebensmittel dokumentieren. So sammeln sie Punkte für ihren sogenannten Vitality Status. Dafür winken ihnen dann Rabatte bei bestimmten Kooperationspartnern und Ermäßigungen bei den Versicherungsbeiträgen.

„Je mehr Punkte, desto besser der persönliche Status. ... Je besser der Status, umso höher sind die Vorteile“, so Generali Deutschland. Der Versicherer weist darauf hin, dass ein Vitality-Teilnehmer, auch wenn er keine Punkte sammelt, nie mehr zahlt als ein Kunde, der nicht am Vitality-Programm teilnimmt. Zudem betont Generali Deutschland ausdrücklich, dass das Programm von einer Tochtergesellschaft betreut wird, die nur ausgewählte Daten an die Versicherungsgesellschaft übermittelt.

Das Versicherungsunternehmen verkauft den Tarif als „zentralen Meilenstein in der Smart-Insurance-Offensive“ und nennt ihn in einem Atemzug mit anderen App-basierten Tarifen im Bereich der Auto- und Hausrat-Versicherung. „Wir schützen unsere Kunden auch präventiv und werden damit vom Versicherer im Schadensfall zum aktiven Begleiter, um Risiken zu senken“, so Generali Deutschland Vorstandschef Giovanni Liverani bei der Einführung der gesundheitsverhaltensgebundenen Tarife.

Vitality gilt zunächst für Berufsunfähigkeits- und Risikolebens-Versicherungen, jedoch (noch) nicht für die private Krankenversicherung des Unternehmens. „Man überlegt, das auch im Bereich Krankenversicherung aufzulegen, aber es gibt dazu derzeit keine konkreten Planungen“, teilte ein Generali-Sprecher auf Nachfrage mit.

Digitalisierung auf Schleichwegen

Das Beispiel zeigt: Die Digitalisierung im Gesundheitswesen kommt durch die Hintertür. Während die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung an vielen Stellen Probleme sieht, haben sich Patienten längst an digitale Lösungen gewöhnt. Dabei vertieft sich die Kluft zwischen der konservativen Selbstverwaltung und den jungen, smarten Patienten. Ergebnislose Diskussionen über den Datenschutz bei der digitalen Patientenakte kommentieren viele mit einem verständnislosen „So what?“ Und immer mehr Patienten verlangen und suchen aktiv nach digitaler – am besten mittels Smartphone überall und jederzeit verfügbarer – Unterstützung. Sie fragen dabei auch ihren Arzt um Rat. Doch der ist meistens überfragt.

„Das Angebot von Gesundheits-Apps ist ebenso vielfältig wie die Nutzer und ihre Anforderungen. Die Beschreibung charakteristischer Funktionen fällt ebenso schwer, wie die Bestimmung der Rolle, die sie in der Versorgung einnehmen können oder sollen. Ob eine App eher nützt oder schadet ist schwer zu beurteilen.“ Zu diesem Ergebnis kommt die Charismha-Studie über Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps des Peter L. Reichertz Instituts für medizinische Informatik an der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums versucht sich erstmals an einer Bestandsaufnahme im Markt der mobile Health (mHealth) – eine echte Fleißarbeit.



Prof. Urs-Vito Albrecht

Zwischen 80.000 und 90.000 Apps fand Studienleiter Professor Urs-Vito Albrecht mit seinem Team in den Kategorien „Medizin“ und „Gesundheit und Fitness“ der einschlägigen App-Stores. „Apps mit informativem Charakter stehen im Vordergrund“, so die Studie. Dazu zählen Albrecht und sein Team Referenzen, Lehr- und Lernmittel aber auch Nachrichten in App-Form. „Generell spielen Apps zur Unterstützung bei Gesundheitsfragen die größte Rolle, insbesondere im Kontext chronischer Erkrankungen“, so ein weiteres Ergebnis der Studie. Eher selten sind demnach dagegen Gesundheits-Apps mit diagnostischem oder therapeutischem Anspruch.

Fazit der Marktanalyse: „Der Markt ist aufgrund seiner Größe, Dynamik und wenig regulierten Organisation unübersichtlich. Die Beobachtung wird zusätzlich durch fehlende Transparenz seitens der beteiligten Anbieter (App-Hersteller ebenso wie Plattform-Betreiber) erschwert.“

Orientierung tut Not

Wie den Wissenschaftlern ergeht es auch Verbrauchern und Patienten, die auf der Suche nach einer App für ihre Zwecke



Dr. Ursula Kramer

sind. Sie haben – wie die Studie es formuliert – „Orientierungsprobleme“. Albrecht und seine Kollegen sehen dafür verschiedene Gründe. So könnten etwa mangelhafte oder unverständliche App-Store-Beschreibungen ohne klare Angaben zu den gebotenen Funktionalitäten und Inhalten verwirren. Zudem würden häufig Angaben über mögliche Beschränkungen, Datenschutzangaben oder gar Informationen über den Hersteller selbst fehlen.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) fasste bei der Vorlage der Studie zusammen: „Bei mehr als 100.000 Gesundheits-Apps ist es für Bürger, aber auch für Ärzte nicht einfach, zwischen guten und schlechten Angeboten zu unterscheiden. Nötig sind klare Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Patienten, medizinisches Personal und App-Hersteller.“

Doch genau daran mangelt es derzeit. Eine Ausnahme machen die wenigen Gesundheits-Apps, die sich als Medizinprodukte positionieren und dafür quasi freiwillig das aufwändige und nicht ganz billige Konformitätsbewertungsverfahren bei DEKRA oder TÜV durchlaufen. Wie viele Apps derzeit als Medizinprodukte verschreibungsfähig sind, weiß keiner. Auch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), dem vom Bundesgesundheitsministerium eine Sonderrolle für den Markt der Gesundheits-Apps zugedacht ist, kann diese Frage nicht beantworten. Es hat aber

immerhin bereits Kriterien entwickelt, mit denen sich beurteilen lässt, in welchen Fällen eine App ein Medizinprodukt sein könnte. Ein entscheidendes Kriterium dafür ist, ob die App unmittelbare diagnostische oder therapeutische Zwecke verfolgt.

„Medical Apps können eine wertvolle Hilfe sein, wenn es um Gesundheit und Fitness geht. Vielen Entwicklern ist aber nicht bewusst, dass es sich bei diesen Apps um Medizinprodukte handeln kann, für die mit Blick auf den Patientenschutz besondere gesetzliche Regelungen gelten“, so BfArM-Präsident Professor Karl Broich. Details hat das BfArM in einer Orientierungshilfe für Hersteller zusammengefasst. Auch mit regelmäßigen Veranstaltungen will es die meist branchenfremden App-Entwickler aufklären. „Wir sehen, dass es mit Blick auf die Patientensicherheit absolut notwendig ist, Entwickler und Hersteller für Qualitätskriterien und Transparenzanforderungen zu sensibilisieren, so BfArM-Sprecher Maik Pommer.“

Eine Vielzahl von Gesundheits-Apps wird jedoch auch in Zukunft ohne Medizinproduktstatus auskommen. Brauchen wir also einen App-TÜV oder eine Zulassungsbehörde für medizinische Apps? Nicht nur Studienautor Albrecht hält eine zentrale Stelle zur Zulassung oder Qualitätskontrolle von Apps für illusorisch. „Es ist unrealistisch zu glauben, dass wir irgendwann dahin kommen, dass jede App von einem Experten begutachtet wird. Das lässt sich weder zeitlich noch finanziell darstellen“, sagt die Apothekerin Dr. Ursula Kramer, die mit der Informationsplattform Healthon seit 2011 an der Etablierung von Qualitätsstandards arbeitet und heute die nach eigenen Angaben größte Bewertungsplattform für Gesundheits-Apps in Deutschland bietet. Umso wichtiger ist es aus ihrer Sicht, die Verbraucher mitzunehmen und ihnen Kriterien zur individuellen Einschätzung einer App an die Hand zu geben. „Verbraucher haben derzeit keine Möglichkeit, die Trefferliste anhand vernünftiger Kriterien zu durchsuchen“, sagt Kramer.



Dr. Markus Müschenich

Vier Merkmale sind Kramer zufolge zentral für die Beurteilung der Qualität einer App: Unabhängigkeit, Transparenz, Datenschutz und Beliebtheit aus der Sicht der Nutzer. „Wenn viele Nutzer eine App dauerhaft nutzen, spricht das für die Funktionalität der App und ihren Nutzen für die Verbraucher“, so Kramer. Bei der Transparenz sind vor allem die Angaben der Hersteller für die Pharmazeutin ein K.O.-Kriterium: „Größte Vorsicht ist angebracht, wenn der Hersteller ungenannt ist“, sagt sie. Ihre Beobachtung: „Nicht nur Apps unbekannter Anbieter, sondern auch Apps von Institutionen, wie etwa Krankenkassen, lassen Quellennachweise, Angaben zum Datenschutz und zur Finanzierung vermissen, wie soll der Verbraucher einschätzen können, ob Gesundheitsinformationen fachlich fundiert, unabhängig und aktuell sind?“ In einer Untersuchung von Krankenkassen-Apps schnitten ihren Angaben zufolge die Apps von Krankenkassen in diesem Punkt nicht besser ab als die der Pharmahersteller.

Einige Studien zu medizinischen Apps haben aber tatsächlich auch schon den Nutzen der neuen Technik belegt. Das gilt vor allem im Bereich Prävention. So gibt es Hinweise darauf, dass Apps eine positive Auswirkung auf die Zunahme der körperlichen Aktivität, die Anpassung der Ernährung und die Gewichtskontrolle haben können. Auch Apps zum

Selbstmanagement und für die Therapietreue bei chronischen Erkrankungen wie etwa Diabetes haben ihren Nutzen mitunter bereits nachgewiesen. „Für viele sind Apps heute schon ein Ansporn, sich mehr zu bewegen, sich gesünder zu ernähren – und sie unterstützen zum Beispiel auch bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten. Das kann vielen Menschen eine wertvolle Hilfe sein“, so Gesundheitsminister Gröhe. Deshalb gelte es, dafür zu sorgen, dass Produkte, die einen wirklichen Nutzen für Patienten bringen, schnell in die Versorgung gelangen.

Wer verordnet die App auf Rezept?

Doch wie kann der Arzt seinem fragenden Patienten eine App rechtssicher empfehlen? „Eine App kann man eigentlich nur empfehlen, wenn man sie selbst getestet hat“, sagt die Pharmazeutin Kramer. Der Mediziner Dr. Markus Müschenich vom Vorstand des Bundesverbands Internetmedizin (BIM) meint: „Die Reihenfolge muss sein, dass Apps so qualitätsgesichert sind, dass Ärzte sie guten Gewissens empfehlen können.“ Er sieht dabei aber die Ärzte selbst in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass sie Apps empfehlen können. „Die Ärzte sind jetzt schon in einem erhöhten Risiko“, sagt Müschenich auf die Frage nach damit verbundenen Haftungsrisiken. Sein Beispiel: Ein Patient teilt dem Arzt mit, dass er mit seiner App zur Messung des Blutflusses eine Rhythmusstörung diagnostiziert hat. Der Arzt lehnt eine Behandlung auf dieser Grundlage ab. Der Patient erleidet einen Schlaganfall – häufige Folge bei Rhythmusstörungen – und macht den Arzt haftbar... Müschenichs Beispiel zeigt: Weder der Kampf gegen Windmühlen noch die Strategie Kopf-in-den-Sand-stecken, sind Lösungen für die Ärzteschaft im Umgang mit Medizin-Apps. „Wenn Ärzte nicht mitgestalten, dann werden sie gestal-

tet“, warnt Müschenich. Der Patient wolle wissen, welche App er nehmen könne. „Wenn Ärzte keine Antwort geben können, sind sie draußen. Momentan geben nur Krankenkassen diese Antwort“, so Müschenich.

Der mHealth-affine Mediziner ist überzeugt, „dass Apps die Versorgung verbessern können“ und verweist auf eine Entscheidung des Deutschen Ärztetags 2015, die ebenfalls zu dem Ergebnis kam, dass Telemedizin auf Evidenzbasis besser sein kann als konventionelle Verfahren. „Die Ärztekammern sind am Anfang des Weges“, sagt Müschenich. Er sieht die Kammern in der Pflicht, die Ärzte aus dem Haftungsrisiko zu holen. Die Mitwirkung der Kammern an der Qualitätssicherung von Apps ist dabei eine Aufgabe, die Müschenich einfordert. Die Ärztekammer Berlin ist sich der Relevanz des Themas durchaus bewusst und hat es deshalb zum Schwerpunkt ihres 5. Fortbildungskongresses am 26.11.2016 gewählt (s. dazu S. 20).

Die Charisma-Studie schlägt zudem vor, dass Fachgesellschaften Leitlinien oder Empfehlungen erstellen, die es Ärzten, Krankenkassen und weiteren professionellen Nutzern ermöglichen, geeignete Apps auszuwählen, einzusetzen und zu empfehlen. Ob und wie Apps in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden sollen, muss der Studie zufolge grundsätzlich überprüft werden.

Dazu zählt nach Auffassung von Studienautor Albrecht auch, dass belastbare Methoden für den Wirksamkeitsnachweis von Apps entwickelt werden. Das E-Health-Gesetz hat für derart qualitätsgesicherte Apps bereits geregelt, dass digitale Anwendungen, die die Versorgung verbessern, auch besser von den Kassen erstattet werden sollen. Bundesgesundheitsminister Gröhe fordert dazu einen Dialog von Herstellern und Krankenkassen im Rahmen der E-Health-Initiative des Bundesgesundheitsministeriums. Die Ärzte sind in diesem Zusammenhang nicht erwähnt.

Fernbehandlung auf der Probe

Internetmediziner Müschenich stellt eine weitere Forderung an die verfasste Ärzteschaft. Sie zielt darauf, dass die berufsrechtliche Einschränkung der Fernbehandlung komplett aufgehoben wird – eine Forderung, die auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden (bvmd) mit ihrem jüngsten Positionspapier zur E-Health erhoben hat. „Ferndiagnostik ist für zahlreiche Indikationen bereits gut untersucht und äquivalent zur Diagnostik vor Ort. Durch telemedizinische Anwendungen kann bei vielen Erkrankungen der fernmündliche Erstkontakt eine ausreichende Möglichkeit bieten, um Art der Erkrankung, deren Schwere und die Notwendigkeit für weitere Behandlung abzuschätzen“, heißt es im aktuellen bvmd-Positionspapier vom Juni 2016. Die bvmd hält das „in den meisten Fällen für unproblematisch“. Die zentrale Aussage der Medizinstudenten: „Die Digitalisierung bietet große Chancen, beinhaltet aber auch enorme Herausforderungen hinsichtlich des Abbaus von Ängsten und der sicheren Umsetzung. Für die bvmd überwiegen die zahlreichen Vorteile gegenüber den begründeten Bedenken.“

Datenschutz = Totschlagargument?

Die bvmd vertritt die Auffassung, „dass mit der Digitalisierung des Gesundheitswesens Probleme assoziiert werden, die unabhängig von dieser existieren“. Explizit verweisen die Medizinstudierenden auf die Datenschutzargumente. Auch analoge Daten seien anfällig für Missbrauch, heißt es in ihrem Positionspapier. Bundesärztekammerpräsident Professor Frank Ulrich Montgomery sieht das anders. „Sensible Gesundheitsdaten sind heiß begehrt. Deshalb muss sicherge-

stellt sein, dass niemand unwissentlich mit persönlichen Daten für scheinbar kostenlose Gesundheits-Apps bezahlt“, so Montgomery. Er warnte davor, dass gesetzliche Krankenkassen, Daten aus Gesundheits-Apps und Fitness-Trackern in der geplanten elektronischen Patientenakte sammeln und verwalten wollen. Daten aus diesen Anwendungen dürften auch nicht zur individuellen Risikoadjustierung privater Krankenversicherungstarife eingesetzt werden, so der BÄK-Präsident.

Auch die Bundesdatenschutzbeauftragte Andrea Voßhoff rät zu einem sorgsamem Umgang mit Gesundheitsdaten. Jeder solle sich gut überlegen, wem er diese Daten in welchem Umfang und mit welchen Befugnissen zugänglich mache. „Übertragen auf Gesundheits-Apps bedeutet dies, dass jeder sich vor deren Verwendung informiert, welche Daten erfasst werden und wie diese von der App verarbeitet werden“, so Voßhoff. Werden Daten an Dritte übermittelt, stelle sich die Frage, wie und für welche Zwecke die Daten verwendet werden und ob man beispielsweise ihre nachträgliche Löschung erwirken kann. Nicht weniger wichtig sei die Frage, ob die Daten bei der Übermittlung verschlüsselt und somit gegen unberechtigte Zugriffe geschützt werden. „Entscheidend ist zusammenfassend, dass die Vorteile dieser Technik gegenüber den datenschutzrechtlichen Risiken abgewogen werden. Essentielle Voraussetzung hierfür ist, dass die Anbieter von Apps den Nutzern die notwendigen Informationen in transparenter Weise zur Verfügung stellen“, so die Datenschutzbeauftragte weiter. Sie räumt aber auch ein, dass das oft nicht durchsetzbar ist. „So ist es bislang für eine deutsche Datenschutzaufsichtsbehörde fast unmöglich, einen App-Anbieter aus den USA oder Japan zu kontrollieren, um darauf hinzuwirken, potentielle nach deutschem Recht datenschutzrechtliche Mängel an seinem Produkt zu beheben“, so Voßhoff.

Das Votum der Datenschutzbeauftragten: „Genau wie den Nutzern der Apps rate ich auch Ärzten vor dem Einsatz sol-

cher Technik sehr sorgfältig zu prüfen, welche Implikationen sich auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht aus ihrer Verwendung für die Patienten ergeben. Im Zweifel besteht die Möglichkeit, sich von den zuständigen Aufsichtsbehörden beraten zu lassen“, so Voßhoff. Hoffnungen für die Zukunft setzt sie in die Europäische Datenschutzgrundverordnung, die 2018 in Kraft treten soll. Diese Verordnung sieht unter anderem vor, dass für den Datenschutz das Recht desjenigen Landes gilt, in dem das Produkt auf dem Markt ist und nicht das Herstellerland – das sogenannte Markortrecht. Auch ein „Code of Conduct“ ist auf EU-Ebene in Arbeit. Er soll sich zu einer Selbstverpflichtung der Hersteller von Gesundheits-Apps in Bezug auf Qualität und Datenschutz entwickeln.

Die ethische Dimension

Die Diskussion um den Datenschutz und die Datenverwendung bei mHealth-Anwendungen ragt in die ethische Dimension hinein. So sieht die Charismha-Studie die Notwendigkeit für eine ethische Debatte zur Abwägung von Privatheit und Transparenz, von Autonomie und Kontrolle. Sie schlägt unter anderem vor, ethische Richtlinien für die Entwicklung, Empfehlung und Nutzung von Gesundheits-Apps zu entwickeln. Sie sollen laut Studie Gesichtspunkte, wie Nutzerautonomie und -sicherheit, Ausschluss von Diskriminierung und Stigmatisierung, aber auch die Beachtung guter wissenschaftlicher Praxis berücksichtigen.

Wie wichtig und dringend diese ethische Debatte ist, zeigt der Vorstoß der Generali-Versicherung mit ihrem neuen Tarif. Mit Blick auf solche Entwicklungen treiben auch den Internetmediziner Müschenich Sorgen um, dass die Digitalisierung der Gesundheit zur Entsolidarisierung führt. Er geht zwar nicht davon aus, dass gesetzliche Krankenkassen kurzfristig Tarife anhand von Daten über das Gesundheitsverhalten ihrer Versi-

cherten individualisieren, fürchtet jedoch, dass genau diese Forderung bald von denjenigen Patienten erhoben wird, die sich mit ihrem Gesundheitsverhalten im Vorteil sehen.

Auch das Bundesgesundheitsministerium sieht diese Herausforderung und fordert, dass sichergestellt werden muss, dass neue Technologien nicht die Solidarität zwischen gesunden und kranken, jungen und alten Menschen in Frage stellen. Es hat deshalb bereits angekündigt, eine Forschungsförderung im Bereich Ethik und Digitalisierung im Gesundheitswesen auszuschreiben.

Das Fazit der Charismha-Studie: „Verantwortungsvoll eingesetzt, können mobile Technologien in der Medizin die Ausgestaltung zeitgemäßer und gleichermaßen ressourcenschonender Versorgungsangebote unterstützen. Sie haben möglicherweise sogar das Potenzial, zur Steigerung der Leistungs- und Versorgungsqualität beizutragen, insbesondere bei der Betreuung chronisch kranker oder älterer Personen. Prävention und Gesundheitsförderung bieten ebenfalls breite Anwendungsfelder. Unbestritten ergeben sich in allen diesen Bereichen große Chancen, die von vielen enthusiastisch aufgegriffen werden. Doch birgt die enge Integration von Mobiltechnologie in alle Lebensbereiche auch eine Reihe von Risiken. Viele Anwenderinnen und Anwender setzen die Geräte verhältnismäßig unreflektiert ein und sind sich der möglichen Gefahren, die aus diesem Einsatz entstehen können – gerade auch in hochsensiblen Bereichen wie der Gesundheit und der Medizin – nicht bewusst.“

Müssen sich Ärzte nun aufgerufen fühlen, ihre Patienten vor einem zu freizügigen Umgang mit ihren Gesundheitsdaten zu schützen? Internetmediziner Müschenich verweist auf Studien, die zeigen würden, dass Patienten ihre Daten für Zwecke der Versorgungsfor-

forschung gern zur Verfügung stellen. „Entscheidend ist, dass der Datenschutz nicht als Blockade instrumentalisiert wird“, sagt er.



Dr. Franz Bartmann

Davor, den Datenschutz als Totschlagargument zu missbrauchen, warnt auch Dr. Franz Bartmann, der als Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein im Vorstand der Bundesärztekammer für das Thema E-Health zuständig ist. „Wichtig ist, dass die Nutzer lernen, selbstverantwortlich mit solchen Apps umzugehen“, sagt Bartmann. Gerade bei kostenlosen Apps sollte sich jeder die Frage nach dem zugrundeliegenden Geschäftsmodell stellen, rät er. Denn selbst die App-Entwickler könnten keine hundertprozentige Garantie für eine mögliche Sekundärnutzung der Daten auf den verwendeten Betriebssystemen geben.

Und wo bleiben die Ärzte?

Ärzte könnten nur dort aktiv mitgestalten, wo es sich um echte medizinische Anwendungen handle, meint Bartmann. Auf vermutlich weit über 90 Prozent des Marktes hätten Ärzte keinen Einfluss. „Von daher sind wir mit einer individuellen Beratung zu einzelnen Anwendungen auch überfordert“, sagt der eHealth-Experte der BÄK. Dennoch sieht er die Kammern in der Pflicht, die Entwicklung sehr sorgfältig zu beobachten: „Wir haben eine gewisse Verantwortung dafür, dass das Bewusstsein für Risiken

und Nebenwirkungen von Medizin-Apps mit der Entwicklung des Marktes Schritt hält.“ Bartmann zeigt sich überzeugt, dass die „App auf Rezept“ wachsende Bedeutung gewinnen wird, in dem Maß, in dem die Zahl der Apps, die als Medizinprodukte gelten, steigt. Etwas anderes aber beschäftigt Bartmann deutlich mehr, und das ist der erneute Wandel im Arzt-Patienten-Verhältnis, der mit den Entwicklungen im Bereich digitaler und smarter Gesundheit schon jetzt einhergeht und der sich nach Bartmanns Meinung bald noch deutlicher abzeichnen wird. Er betrachtet das Thema in der historischen Perspektive: „Bis zur Einführung des Stethoskops beschränkte sich die verfügbare Krankheitsinformation auf das, was Patient und Arzt in gleicher Weise wahrnehmen konnten. Gipfeln in den heutigen digitalen bildgebenden Verfahren lag die Wahrnehmungshöhe seitdem überwiegend in der Hand des Arztes. Das ändert sich jetzt wieder radikal“, sagt Bartmann. Denn der Patient kann mithilfe der App selbst Körperfunktionen messen und wahrnehmen. Bartmann zeigt sich überzeugt, „dass diese Entwicklung wesentlich dazu beitragen wird, dass Patienten wieder mehr Gesundheitskompetenz entfalten.“ Deshalb begrüßt der E-Health-Experte der Bundesärztekammer diese Entwicklung auch mehr, als dass er sie kritisch beurteilt. Allerdings räumt er ein, dass der

damit verbundene Bewusstseinswandel nicht allen Ärzten und Patienten gleichermaßen leicht fällt.

Auch Markus Müschenich vom Bundesverband Internetmedizin beobachtet wesentliche Veränderungen in der Arzt-Patienten-Kommunikation infolge der neuen Technik. „Bei der Digitalisierung ist der Patient der Kommunikationsführer. Dieser gigantische Kulturwandel kommt langsam im Gesundheitswesen an“, so Müschenich. Er weist darauf hin, dass die neue Welt der Apps nicht nur das Arzt-Patienten-Verhältnis grundlegend verändert, sondern auch die Wettbewerbsverhältnisse für Ärzte im globalisierten Gesundheitsmarkt. „Bei digitalen Anwendungen kann der Arzt irgendwo sitzen; der Patient aus Berlin-Wedding kann nachts einen Arzt in Salt Lake City konsultieren“, so Müschenich. Krankheit definiere nun nicht mehr der Arzt.

„Die Ärzte sind im Risiko, einen Teil ihrer Qualitätsführerschaft im Prozess der Gesundheitsversorgung zu verlieren an Google, Start Ups oder Krankenkassen, die auswählen, wer digitale Leistungen in Selektivverträgen erbringen darf“, warnt Müschenich. Sein Rat an die Ärzte: „Mitmachen und sich an die Spitze der Bewegung stellen!“

Verfasserin:

Angela Misslbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik




**5. FORTBILDUNGSKONGRESS
DER ÄRZTEKAMMER BERLIN**

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft

Arzt und Patient im digitalen Zeitalter –
ein App-grade

TERMIN 26. NOVEMBER 2016
ORT ÄRZTEKAMMER BERLIN

Lesen Sie weiter auf Seite 20

5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin: Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet zum fünften Mal in Folge und in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am 26. November 2016 den Fortbildungskongress. Wie in den vorangegangenen Jahren wird ein aktuelles Thema der Patientenversorgung aufgegriffen und für Interessierte in ansprechender Weise und gleichzeitig auf höchstem Niveau umfassend und praxisbezogen dargestellt.

Das Leitthema des 1. Fortbildungskongresses 2012, „Sauberes Wissen in der Medizin“, ist programmatisch für die Kongressreihe und als Motivation seiner Organisatoren zu verstehen. Der „unabhängige ärztliche Sachverstand“ und der Austausch über aktuelles, gesichertes medizinisches und ärztliches Wissen frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter steht im Mittelpunkt.

Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin: „Mit diesem Fortbildungsangebot möchten wir bewusst einen Akzent setzen und uns von anderen Veranstaltungen unterscheiden. Die ausgewählten Themen sind in höchstem Maße praxisrelevant, die Referenten sind ausgewiesen, wertschätzend und an der kritischen Diskussion interessiert. Dialog und engagierter Austausch, der im Ergebnis allen Beteiligten Freude macht, stehen im Vordergrund und „unabhängiges“ Wissen, also nicht durch anderweitige Interessen gefilterte Erkenntnisse, sind Dreh- und Angelpunkt des Kongresses.“

Kongressprogramm 2016

Für den 5. Fortbildungskongress ist wieder ein Programm entwickelt worden, das sich alltäglichen Herausforderungen im ärztlichen Berufsalltag widmet: der Digitalisierung im Gesundheitswesen: „Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“. Der Trend der Digitalisierung in nahezu allen Lebensbereichen

des Menschen ist weder aufzuhalten noch kann er ignoriert werden. Der Bereich Gesundheit – eHealth / mHealth – erlebt dabei eine fulminante Entwicklung, die uns zeitweise zu überholen scheint. Impulsgeber sind bemerkenswerterweise die Bürger selbst und weniger die Akteure des Gesundheitswesens. Sie stehen technologischen Innovationen offener und unbefangener gegenüber und zeigen aktuell einen kulturellen Wandel hin zu einem souveräneren und aktiveren Gestalten des eigenen Handelns zum Erhalt, der Förderung oder Verbesserung der eigenen Gesundheit. Digitale Gesundheitsangebote werden auf kundenindividuelle Bedürfnisse zugeschnitten und sind als Dienstleistung auf nahezu jedem mobilen Endgerät nutzbar. 63% der Bundesbürger nutzen ein Smartphone, die Zahl möglicher Nutzer digitaler Gesundheitsangebote ist daher groß und dem Trend folgend weiter zunehmend. Im Anwenderspektrum finden sich alle Altersgruppen. Es reicht von Personen mit professionellen Ansprüchen über Gesundheitsinteressierte bis hin zu akut oder chronisch Kranken.

Mehr als 100.000 Gesundheits-Apps stehen momentan zur Verfügung, unzählige Gesundheits-Webseiten und Portale existieren.

Das E-Health-Gesetz schafft seit Beginn des Jahres die Rahmenbedingungen für die digitale Gesundheitsversorgung. Aber was genau steckt genau hinter all diesen Angeboten und Regelungen? Können digitale Angebote die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung wirklich verbessern – wo sind Chancen, wo sind Grenzen? Und, was bedeutet diese anhaltende Dynamik für mich als Arzt und im Kontakt mit meinen Patienten? Der Markt für Digital Health jedoch ist für alle – Bürger und Ärzte gleichermaßen unüberschaubar und zuweilen intransparent. Wie schaffen wir es als

Ärzte Schritt zu halten? ... den Anschluss nicht zu verlieren? ... auf den aktuellen Stand zu kommen und zu bleiben?

Die Organisatoren des 5. Fortbildungskongresses setzen sich zum Ziel,

- „sauberes Wissen“ zu Digital Health zu vermitteln und einen Einstieg in das komplexe Thema anzubieten,
- die aktuelle Entwicklung zu reflektieren und Bezug zur stattfindenden Umwälzung / Neuordnung der Arzt-Patienten-Beziehung herzustellen,
- Ärzte dabei zu unterstützen, Digital Health-Dienstleistungsangebote (u.a. Apps, Wearables) objektiv einschätzen zu können, auf Fragen von Patienten zu Messergebnissen, App-Informationen adäquat reagieren zu können,
- mit konkreten (Anwendungs-) Beispielen praxisrelevante und realitätsbezogene Informationen zu vermitteln, evtl. bestehende Berührungsängste / Miss-/ Unverständnis abbauen zu helfen und
- Anregungen zu geben, wo das digitale Zeitalter Chancen bietet, die Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken.

Interessierte Ärzte sind eingeladen, sich einen Tag lang im engen Kontakt mit den Referenten zu konkreten Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis auszutauschen und praxisorientierte Lösungen zu erarbeiten. Neben einleitenden Fachvorträgen haben sie die Gelegenheit, aus verschiedenen Seminaren für sie interessante Themen auszuwählen und zu vertiefen.

Das ausführliche Programm erhalten Sie unter:
www.aekb.de/FB-Kongress2016

Für den persönlichen Kontakt steht Ihnen Frau Nehr Korn mit allen Informationen zum 5. Fortbildungskongress auch telefonisch zur Verfügung – zu erreichen unter: 030/40806 1211.

Nach dem Referendum

Was bedeutet das Votum Großbritanniens für den Austritt aus der Europäischen Union für den NHS, die Arbeitnehmer im Gesundheitswesen, die Wissenschaft und Forschung? Das BMJ hat eine Reihe von Personen nach ihrer Meinung gefragt.

Kieran Walshe, Professor für Gesundheitspolitik und -management an der Manchester Business School

Sowohl der NHS als auch die Universitäten verfügen über in hohem Maße internationalisierte und mobile Arbeitnehmerschaften und beide profitieren von der Personenfreizügigkeit innerhalb Europas. Sollte der Brexit diese Freizügigkeit einschränken oder Großbritannien zu einem weniger attraktiven Lebens- und Arbeitsstandort machen, so wird dies einen enormen Einfluss auf die Gesundheitsversorgung sowie die Hochschulbildung und Forschung haben.

Die besten und hellsten Köpfe und die Jungen, die noch am Anfang ihrer Karriere stehen und weniger durch Institutionen oder die Familie gebunden sind, werden vermutlich mit den Füßen abstimmen und gehen. Die Folgen werden ein Arbeitskräftemangel im NHS und ein Abschwung in der Forschung und Hochschullehre sein.

Simon Wessely, Präsident des Royal College of Psychiatrists

Dem NHS und den Wissenschaften wird weniger Geld zur Verfügung stehen. Ich kann noch immer nicht meinen Ärger darüber zügeln, wie schnell die „Leave“-Kampagne zugegeben hat, was wir alle wussten – es waren niemals 350 Millionen Pfund pro Woche für den NHS vorgesehen.

Ich weiß, dass die 10 % der Ärzte und die 5 % des Pflegepersonals, die aus der EU stammen und hier arbeiten, höchstwahrscheinlich nichts zu befürchten haben. Aber werden wir auch künftig in der Lage sein, die besten Ärzte und Wissenschaftler anzuziehen? Denn wir brauchen sie dringender denn je.

Lindsey McKenna Maxwell, Kinderärztin in Schottland

Meine beruflichen Bedenken betreffen die Personallücken in den bereits bis zum Äußersten ausgereizten Dienstplänen, und wie diese gefüllt werden sollen, falls es EU-Bürgern erschwert wird, hier eine Arbeit aufzunehmen. Dazu käme noch der Wegfall des Schutzes durch die EU-Arbeitszeitrichtlinie.

Ich Sorge mich um die Kollegen in der Facharztausbildung, vor allem, wenn sie unter dem neuen Vertrag in England arbeiten. Kürzlich bewarb sich mein Bruder für die Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin und entschied sich dabei wegen Bedenken hinsichtlich fairer Bezahlung und Arbeitsbedingungen bewusst gegen Stellen in England – und dies war vor der Entscheidung für den Brexit.

Ich denke diese Ängste haben sich bei den meisten Ärzten, die am Anfang ihrer Facharztausbildung stehen, noch verstärkt. Es bleibt spannend, wie sich dies möglicherweise auf die Abstimmung über den neuen Arbeitsvertrag auswirkt – sollen wir an dem festhalten, was viele, darunter auch ich, als faulen Kompromiss ansehen, oder auf ein neues Kabinett setzen?

Thomas Nixon, angehender Ophthalmologe am Lister Hospital

Ich erinnere mich an Vorgesetzte, die erklärten, dass sie niemanden von außerhalb der EU einstellen könnten, sofern es theoretisch geeignete Kandidaten aus der EU gäbe. [Bei dem Votum für den Austritt Großbritanniens aus der EU] geht es somit um Chancengleichheit innerhalb des Landes.

Der zweite, auf den NHS bezogene Grund [, warum ich für den Austritt gestimmt habe,] war das Gesetz zum öffentlichen Auftragswesen. Dieses hinderte eine Gruppe medizinischer Einkäufer daran, die Versorgung auf bestimmte Weise neu zu organisieren – mit der Begründung, gemäß EU-Recht müsse eine Ausschreibung erfolgen.

Das Gesundheitssystem in Großbritannien ist nicht mit den Systemen anderenorts in Europa zu vergleichen; entsprechend benötigen wir spezielle, auf Großbritannien zugeschnittene Lösungen.

Michael Marmot, Leiter des UCL Institute of Health Equity

Rund 90 % der Ökonomen haben vorausgesagt, dass wir im Falle eines Brexits kurz- und mittelfristig ein ärmeres Land sein werden. Ein ärmeres Land wird weniger Geld für Sozialleistungen, Gesundheitswesen, Bildung und Forschung zur Verfügung haben – dies wird die Gesundheit beeinträchtigen.

Wir werben Pflegepersonal und Ärzte aus dem Ausland an, da wir diese im eigenen Land nicht in ausreichender Zahl ausbilden. Wenn jedoch die Mitarbeiterrekrutierung erschwert wird, müssen wir die Mittel aufbringen, um mehr Personal auszubilden, oder aber ohne diese Kräfte auskommen, mit den entsprechenden negativen Auswirkungen.

Genauso wichtig ist daneben in meinen Augen die Botschaft, die der Brexit aussendet. Im Hauptberuf fördere ich das Lernen im Austausch zwischen Ländern und Kulturen, gemeinsame Perspektiven und die Erkenntnis, dass wir gemeinsame Ziele verfolgen, wenn wir das Leben der Menschen verbessern und gesundheitliche Chancengleichheit schaffen möchten. Die Brexit-Kampagne hingegen förderte ein Bild von Großbritannien, das sich abgrenzt und nicht gewillt ist, zusammen mit anderen Ländern die Herausforderungen anzunehmen, die sich uns allen stellen: globale Ungleichheit, Klimaveränderung, Steuerumgehung, Menschenrechte.

Nicky Cullum, Leiter des Fachbereichs für Krankenpflege, Geburtshilfe und Sozialarbeit der University of Manchester

Der NHS verfügt nicht über eine ausreichende Zahl an Pflegekräften und Hebammen. Die meisten NHS Trusts werben selbst in Ländern wie Indien und den Philippinen aktiv um Pflegepersonal. Rund 4 % der in Großbritannien arbeitenden Pflegekräfte stammen aus der EU. Jede Veränderung, die Großbritannien für europäische Gesundheitsfachkräfte weniger attraktiv erscheinen lässt, ist ein Schnitt ins eigene Fleisch.

Ein positiver Effekt des Brexits wird jedoch sein, dass wir nicht länger an die EU-Anforderungen für die Ausbildung der Pflegekräfte gebunden sind. Danach muss die Ausbildung 4.600 Unterrichtsstunden umfassen, von denen mindestens 2.300 in der klinischen Praxis zu erfolgen haben. Erstklassige klinische Fähigkeiten lassen sich auch in weit kürzerer Zeit erwerben.

Nick Watts, Leiter der UK Health Alliance on Climate Change

Mit dem EU-Austritt droht die Untergrabung der zehnjährigen Führungsposition Großbritanniens bei Klimawandel und Umwelthygiene. Die EU-Mitgliedschaft war von zentraler Bedeutung bei der Schaffung gesunder, lebenswerter Umwelten und der Verbesserung der Qualität der Luft, die wir atmen, der Nahrungsmittel, die wir essen, und der Städte, in denen wir leben.

Großbritannien muss diese für die öffentliche Gesundheit wichtigen Maßnahmen wahren und auf den Grundlagen des Klimaschutzgesetzes von 2008 aufbauen. Wir müssen unsere Zusage zum Pariser Abkommen erneuern; sicherstellen, dass das fünfte Kohlendioxid-Budget einen verlässlichen Übergang zu einer CO₂-armen Wirtschaft weist und unser Vorhaben aufrechterhalten, Kohlekraftwerke bis 2025 auslaufen zu lassen.

Grundlegende EU-Gesetze zu Luftqualität und Emissionsobergrenzen müssen in britisches Recht umgesetzt und gestärkt werden, damit die Gesundheit gefährdeter Bevölkerungsgruppen landesweit geschützt wird.

Zur Festigung der britischen Führungsposition bei Klimawandel, Luftqualität und sauberer Energie ist schnelles Handeln gefordert, damit Großbritannien auch im Jahr 2026 ein gutes Leben und nicht nur Überleben, für die Menschen und unsere Patienten bietet.

Adrian Bull, Geschäftsführer des East Sussex Healthcare NHS Trust

Die Hauptgründe [meines Votums für den Austritt] waren die Demokratie. Die EU driftet in Richtung einer Herrschaft durch eine sich selbst ernennende Oligarchie. Die direkte Verbindung zwischen Abgeordneten und Wählern ist nur noch hauchdünn.

Die konstitutionelle Demokratie ist uns wichtiger als ein hohes Bruttoinlandsprodukt. Wirtschaftsprognosen sind notorisch unzuverlässig und sollten nicht die Grundlage für unsere Referendumsentscheidung sein. Wir sollten alleine nach dem Grundsatz der Selbstbestimmung wählen.

Die aktuelle Panik ist völlig unnötig. Wir sind weiterhin ein führendes Mitglied der NATO, der Vereinten Nationen, der Welthandelsorganisation und des Commonwealth. Und wir werden auch in Zukunft mit internationalen Partnern zusammenarbeiten und Handel betreiben.

Mike Dixon, Vorsitzender der NHS Alliance und Allgemeinmediziner in Devon

Ich befürchte, dass [die Abstimmung] negative Auswirkungen auf Forschung und Entwicklung haben könnte und auch die Pharma-

industrie darunter leiden wird. Als positiv zu nennen wäre, dass wir nicht länger an die EU-Arbeitszeitrichtlinie oder die europäischen Wettbewerbsregeln gebunden sind. Gegebenenfalls lässt sich auch die juristische Bürokratie bei Rechtsstreitigkeiten abbauen, die den NHS jährlich eine Milliarde Pfund kostet. In einem Gesundheitssystem, das am Leistungsort kostenfrei ist, sollten Entschädigungen anderen Regeln folgen.

Der NHS ist stärker als irgendeine Regierung oder Abstimmung. Die aktuelle Instabilität führt eventuell zu radikalen Ansätzen wie z. B. der Abschaffung der ergebnisgebundenen Vergütung und einer anständigen Unterstützung der Familienmedizin, die in desolatem Zustand ist.

Ich sehe die Zukunft weder als Neuanfang noch als Zusammenbruch.

Nick Moore, Allgemeinmediziner in Portsmouth

Ich hatte das Gefühl, dass Großbritannien zunehmend am Rande eines scheiternden wirtschaftlichen und politischen Projekts stand, das nicht das eigene war. Der NHS ist weiterhin auf Zuwanderung angewiesen und diese wird es geben – aber nach unseren Regeln und nicht nach solchen, bei denen wir weder die Zuwanderungszahlen kontrollieren können noch das Unterbieten der Löhne für die am schlechtesten Bezahlten in unserer Gesellschaft.

Wir sind ein stabiles, offenes und innovatives Land. Wir können auch außerhalb der EU prosperieren. Wir haben Exzellenzzentren, die weiterhin die besten Kräfte aus der ganzen Welt anziehen werden.

Befreit von der nach innen gerichteten EU können wir Partnerschaften rund um den Globus schließen. Mit dem Austrittsvotum haben wir uns selbst enorme Möglichkeiten eröffnet.

Sarah Main, Leiterin der Campaign for Science and Engineering

Dieses Ergebnis stellt in unserem Bereich eine echte Herausforderung dar. In der Wissenschaft war die Beziehung zwischen Großbritannien und der EU besonders förderlich. Nicht zuletzt, weil britische Wissenschaftler zwischen 2007 und 2013 mehrere Milliarden Pfund (6 Mrd. Pfund bzw. 7,3 Mrd. Euro) an Forschungsfinanzierung von der EU einwerben konnten – zusätzlich zu dem, was wir selbst bereitstellen.

Daneben erleichterte die Personenfreizügigkeit den Wissenschaftlern das Reisen, die Zusammenarbeit und den Ideenaustausch mit den Besten in Europa. Unternehmen und Universitäten in Großbritannien konnten mühelos auf die Spitzenkräfte aus Europa zugreifen.

Der Gesetzentwurf zur Hochschulbildung und Forschung, der aktuell das Parlament durchläuft, wird große Veränderungen in unserem Bereich bringen; und der Austritt aus der EU wird zweifellos gewaltige zusätzliche Auswirkungen auf unsere Universitäten und Forschungsunternehmen haben.

European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA)

Die EFPIA unterstreicht die Wichtigkeit, den Patienten bei allen nachfolgenden Entscheidungen in den Mittelpunkt zu stellen.

Dabei tritt die EFPIA für das gemeinsame Ziel ein, Patienten in ganz Europa einen schnellen Zugang zu innovativen Arzneimitteln zu gewährleisten und außerdem ein regulatorisches und gesetzliches Umfeld zu schaffen, in dem Innovationen gefördert und die Erforschung und Entwicklung neuer Arzneimittel unterstützt werden, jeweils mit dem Ziel, die Bedürfnisse der Patienten, Gesundheitssysteme und der Gesellschaft zu erfüllen.

Innerhalb der Branche werden wir uns in den kommenden Monaten gemeinsam mit den Interessenvertretern in Europa und Großbritannien für diese Ziele einsetzen.

Gareth Payne, Facharzt für Neurophysiologie in Cardiff und den South Wales Valleys

Ich habe für den Austritt aus der EU gestimmt, da ich der Meinung bin, dass Großbritannien in der Lage sein sollte, seine eigenen Angelegenheiten zu steuern. Vor Kurzem erfolgte Reisen in die Schweiz, die Türkei und nach Norwegen haben mich davon überzeugt, dass es auch ein Leben außerhalb der EU gibt und visafreies Reisen nicht die alleinige Domäne der Union war.

Auch beim Blick auf die Steuern gibt es triftige Gründe für einen Austritt: Wird beispielsweise ein Hochhaus an der Canary Wharf gebaut, wird das betreffende Unternehmen in Großbritannien keine Kapitalertrags- oder Körperschaftsteuer zahlen. Und zwar, weil EU-Verträge es dem Unternehmen erlauben, Steuern in Dänemark zu entrichten, wo die Sätze bei beinahe null liegen. George Osborne, der britische Schatzkanzler, kann den Steuersatz beliebig oft ändern – er wird keinen Penny einstreichen. Wenn Sie sich darüber ärgern, dass weder Google noch Amazon in Großbritannien Steuern zahlen, hätten auch Sie für den Austritt stimmen sollen.

Ich lebe in Südwales, wo die Stahlindustrie zusammenbricht. Als Staat sind wir außerstande, die Branche zu subventionieren, da die EU dies verbietet. Folglich werden durch die Hand von EU-Bürokraten Tausende ihre Jobs verlieren.

Allerdings ist mir auch klar, dass die „Leave“-Kampagne den Verhandlungsprozess nicht bis zum Ende durchdacht hat und, während alle Seiten zittern und kämpfen, die Wirtschaft so weit einbrechen kann, dass es nichts mehr gibt, über das verhandelt werden muss.

Wenn nicht schnell gehandelt wird, können wir den Willen des Volkes ebenso gut ignorieren und einfach drinbleiben.

Europäische Arzneimittelagentur (EMA)

Es ist noch zu früh, um die Konsequenzen dieser Entscheidung abzu-
sehen. Wir werden auf jeden Fall in engem Kontakt mit den EU-
Institutionen stehen. Sobald uns konkrete Informationen vorliegen,

werden wir diese an alle Beteiligten und Interessengruppen weitergeben. Vorerst werden alle Verfahren und Abläufe wie üblich fortgesetzt.

Clive Peedell, Onkologe und Co-Vorsitzender der britischen Partei National Health Action

Ich bin besorgt hinsichtlich der Auswirkungen der Referendumsentscheidung auf die Arbeitsmoral der NHS-Angestellten, die aus dem EU- und Nicht-EU-Ausland immigriert sind. Ihnen muss versichert werden, dass der NHS sie unterstützt und sie langfristig nichts zu befürchten haben.

Mittelfristig gibt es jedoch klare Risiken in puncto Anwerbung und Bindung von EU-Personal. Dies kann sich auf die Versorgung der Patienten auswirken, insbesondere in Zeiten der Sparpolitik. Auswirkungen wird es auch im Bereich der Forschungsförderung und -zusammenarbeit geben, da die britische Forschungsgemeinschaft beträchtliche Fördersummen von der EU erhält. Daher müssen wir uns gegenüber der Regierung für die Unterstützung unserer Forschungsgemeinschaft einsetzen. Gleiches gilt für die öffentliche Gesundheit, die ebenfalls auf EU-Vorschriften angewiesen war.

Katherine Ripullone und Kate Womersley, Medizinstudierende an der Cambridge University

Der Konflikt um die Arbeitsverträge und die häufig unbeachteten finanziellen Herausforderungen einer medizinischen Ausbildung halten bereits viele junge Leute von einem Medizinstudium ab. Der EU-Austritt wird ihre Bedenken nur vergrößern.

Die von den Kollegen in der Facharztzubereitung und von den Medizinstudierenden – und dabei insbesondere von den Frauen – empfundene Entmachtung wird sich durch den Brexit wohl vermutlich ebenfalls verstärken. Ohne die Schutzbestimmungen des EU-Rechts erwarten uns unsichere Arbeitsbedingungen, unklare Arbeitnehmerrechte und eine zunehmend prekäre berufliche Zukunft.

Es sind noch viele Fragen offen. Was wird die Regierung tun, um sicherzustellen, dass das Know-how nicht-britischer Fachkräfte anerkannt, gesichert und in das NHS-Training integriert wird? Wie werden die Prioritäten von Ärzten in der Facharztzubereitung und Medizinstudierenden, die vorrangig für einen Verbleib in der EU gestimmt haben, berücksichtigt? Wie können wir darauf vertrauen, dass der von uns gewählte Beruf zu dem ehrgeizigen „großen Experiment“ des Idealismus – das der NHS ist – beiträgt, wenn genau dieses Ethos abgelehnt wurde, als das Land für einen Austritt aus der EU stimmte?

Die weitere Berichterstattung des BMJ zum Brexit finden Sie unter bmj.com/brexit.

Veröffentlicht durch die BMJ Publishing Group Limited. Informationen zu den Verwendungsrechten (sofern nicht bereits unter einer Lizenz eingeräumt) finden Sie unter <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>.

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
■ 07.09.2016, 16.11.2016 und 07.12.2016	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	9 P
■ 19.09.-24.09.2016 31.10.-05.11.2016 12.12.-17.12.2016	Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 Inhalte: Tel.: 030 / 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2016@aekb.de	150 P
■ 08.10.2016	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 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 / 40806-1215 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 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
■ 04.11.2016 und 05.11.2016	Kurs zur Erlangung der Qualifikation Transfusionsverantwortlicher / -beauftragter gemäß Richtlinien der BÄK und des PEI (sog. 16h-Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Organisation / Anmeldung: Frau Heike Dähne-Noack DRK-Blutspendedienst Nord-Ost E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel.: 030 / 80681-126 Teilnehmerentgelt: 150 €	16 P
■ 09.11.2016	Erfahrungsaustausch Hämotherapie 2016	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 030 / 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de	2 P
■ 18.11.2016	CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	10 P
■ 26.11.2016	5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 20)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: www.aekb.de/FB-Kongress2016 Anmeldung: Fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmerentgelt: 75 € (Mitglieder der ÄKB) 100 € (Nicht-Mitglieder der ÄKB)	10 P

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 – 21.15 Uhr
07.09.2016, 16.11.2016 und 07.12.2016

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro.
Tel.: 030 / 40806-1203, E-Mail: a.hellert@aekb.de.
Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Spezialkurse im Strahlenschutz

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung für die Anwendungsbereiche Interventionsradiologie und Computertomographie

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 1. Dezember 2016, 8.30 – 17.00 Uhr

Veranstaltungsort: Deutsches Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 2. Dezember 2016, 9.00 – 17.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet jeweils 155 Euro.

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06 – 1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de
Anerkannt mit jeweils **9 Fortbildungspunkten**.

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

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

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

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

Termin: Freitag, 18.11.2016, 9.00 – 16.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

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

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt, das Teilnahmeentgelt beträgt 500 Euro. Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten** von der Ärztekammer Berlin und mit **12 Punkten** von der Registrierung beruflich Pflegender.

Information und Anmeldung: Elke Höhne, Tel. 030 / 40806-1402, E-Mail: e.hoehne@aekb.de.

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Samstag, 10. Dezember 2016, 9.00 - 17.30 Uhr
Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

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

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 Euro
 Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 40806 1215, Fax: 030 / 40806 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de
 Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten**

5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

„Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“

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 die Rahmenbedingungen für die digitale Gesundheitsversorgung.

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 und im Kontakt mit meinen Patienten?

Termin: Samstag, 26. November 2016, 09:00 – 17:00 Uhr
Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
 Weitere Informationen* erhalten Sie unter www.aekb.de/FB-Kongress2016
 Teilnehmerentgelt: 75,00 Euro (Mitglieder der Ärztekammer Berlin) 100 Euro (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)
 Ihre schriftliche Anmeldung (*Anmeldeformular) senden Sie bitte an: Fortbildungskongress@aekb.de
 Anerkannt mit **10 Fortbildungspunkten**.

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt
 „Häusliche Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften 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 Zufluchteinrichtungen 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 Partnerschaften“.

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.

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-Kurs@aekb.de

ANZEIGE

Danke für Ihre Spende!

Postbank Köln
 500 500 500
 BLZ 370 100 50

Brot für die Welt
www.brot-fuer-die-welt.de



Foto: Ch. Krackhardt

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Typische Komplikation einer primär banalen Erkrankung

Kasuistik

Ein Säugling, fast acht Monate alt, erkrankte akut Ende Januar mit Durchfall, Erbrechen und Schreien. Es erfolgte eine Vorstellung in einer Kinderarztpraxis. Nach klinischer Untersuchung und Ausschluss eines Harnwegsinfekts wurde die Diagnose einer Gastroenteritis gestellt und es erfolgte eine Verordnung symptomatischer Maßnahmen. Am selben Abend kam es zu einer Zunahme der Schmerzattacken und Auftreten blutigen Stuhls. Auch Fieber war inzwischen aufgetreten. Daher suchten die Eltern einen kinderärztlichen Notdienst auf. Sie brachten auch eine Windel und einen Body mit, um auf das Blut hinweisen zu können. Nach einer klinischen Untersuchung durch die bereits am Morgen behandelnde Kinderärztin wurde die Diagnose der Gastroenteritis bekräftigt und das Kind in die häusliche Betreuung entlassen. Beim Besuch in der kinderärztlichen Praxis am nächsten Morgen wurde aufgrund der Verdachtsdiagnose einer Invagination eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens durchgeführt und diese Diagnose bestätigt. Nach Einweisung des Kinds in die Kinderklinik wurde zunächst versucht, den Darm ohne Operation (hydrostatisch) wieder zu „entstülpen“. Da dies nicht vollständig gelang, wurde eine entsprechende Operation durchgeführt. Es musste ein Teil des Darms entfernt werden. Der weitere Verlauf war unkompliziert.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Eltern beanstanden, dass in der Nacht in der Notfallsprechstunde ihre

Angaben zum blutigen Stuhl angezweifelt worden seien und keine weitergehenden Untersuchungen durchgeführt wurden.

Stellungnahme der Kinderärztin

Sie gibt an, dass sie in den mitgebrachten Stuhlproben nicht mehr als Blutspuren habe sehen können, sicher kein frisches Blut. Außerdem seien am selben Abend mehrere Kinder mit ähnlicher Symptomatik vorgestellt worden, so dass sie von einem grassierenden Virusinfekt ausgegangen sei. Auf die erneute Vorstellung des Kinds habe sie ausdrücklich hingewiesen und auch am nächsten Morgen deswegen mit den Eltern telefoniert.

Gutachten

Der kinderärztliche Gutachter hat nach Darstellung des Sachverhalts das Vorgehen der Kinderärztin in mehreren Punkten bemängelt. Aufgrund der elterlichen Angabe von blutigem Stuhl sei keine weitergehende Diagnostik durchgeführt worden (laborchemischer Blutnachweis, rektale Untersuchung) und die Diagnose einer Invagination bei typischer Symptomen-Konstellation (Alter des Kinds, Gastroenteritis, Schreieattacken, Erbrechen) sei nicht vermutet worden. Entsprechende (einfache) weitergehende Untersuchungen wie eine Ultraschalluntersuchung seien nicht veranlasst worden. Durch das Vorgehen der Kinderärztin sei es zur Verzögerung der Diagnosestellung um mehrere Stunden gekommen. Eine späte Diagnosestellung führe häufiger zur Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention. Diese verlängert den stationären

Aufenthalt des Kinds gegenüber einem konservativen Vorgehen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle hat sich hinsichtlich der Bewertung des Behandlungsfehlers dem Gutachten angeschlossen. Zusammenfassend ist es im Übrigen hinreichend wahrscheinlich, dass durch eine verzögerte Diagnosestellung eine invasivere Therapieform (Operation statt Einlauf) notwendiger wurde als bei einer frühzeitigeren Diagnose.

Gesundheitsschaden

Die Operation selbst ist als fehlerbedingt zu bewerten. Der Säugling hatte einige Stunden länger Schmerzen und der Krankenhausaufenthalt wurde durch den notwendigen chirurgischen Eingriff verlängert. Bleibende Gesundheitsschäden sind nicht entstanden.

Fazit

Zwar sind Gastroenteritiden im Säuglingsalter häufig und auch das Auftreten kleinerer Blutbeimengungen nicht selten, so dass nicht immer eine Ultraschalluntersuchung erfolgen muss. Dennoch ist immer, besonders wenn Schreieattacken und sichtbare Blutmengen beobachtet werden, an die Möglichkeit einer Invagination zu denken, die typischerweise als Komplikation infolge gastrointestinaler Infekte (und selten auch als Folge einer Rotavirus-Impfung) auftreten kann.

Professor Dr. rer. nat. Evelyn Kattner
Fachärztin für Pädiatrie
Ärztliches Mitglied

Ass. jur. Kerstin Kols
Geschäftsführerin

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

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2016 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Fakhri Abdo	FA Allgemeine Chirurgie	31.05.16
Redab Al-Ghawanmeh	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.05.16
Ammar Alazki	FA Kinderchirurgie	28.06.16
Gunda Albers	FA Radiologie	22.06.16
Michaela Albert	FA Innere Medizin	11.05.16
Mohamad Alotaibi	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	20.06.16
Dr. med. univ. Sabine Altrichter	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.06.16
Dr. med. Philipp Atanasio	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.05.16
Michael Balschin	FA Allgemeinmedizin	21.06.16
Dr. med. Gero Bauer	FA Viszeralchirurgie	25.05.16
Dr. med. Martin Bayerl	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.05.16
Ralph-Eric Berg	FA Allgemeinmedizin	28.06.16
Linda Bergander	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.05.16
Dr. med. Benjamin Bermaoui	FA Radiologie	08.06.16
Dr. med. Jana Binkau	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.05.16
Jan Christoph Bombeck	FA Innere Medizin	01.06.16
Dr. med. Franziska Borchert	FA Innere Medizin	11.05.16
Anke Breitkreutz	FA Innere Medizin	04.05.16
Stefan Buchholtz	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.06.16
Davina Bungarten	FA Innere Medizin	30.06.16
Dr. med. Janine Busby	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.06.16
Dr. med. Sven Chlench	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.05.16
Priv.-Doz. Dr. med. Sascha Santosh Chopra	FA Viszeralchirurgie	31.05.16
Cornelia Christ	FA Innere Medizin	22.06.16
Dr. med. Julie de Tristan	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	20.06.16
Dr. med. Christian Denecke	FA Viszeralchirurgie	31.05.16
Torsten Diekhoff	FA Radiologie	22.06.16
Dr. med. Elena Doncheva	FA Anästhesiologie	31.05.16
Dr. med. Christoph Dönitz	FA Innere Medizin	15.06.16
Dr. med. Felicitas Dörner	FA Innere Medizin und Nephrologie	15.06.16
Dr. med. Veronika Drwal	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.05.16
Dr. med. Miriam Dulce	FA Radiologie	08.06.16
Said El Bali	FA Allgemeinmedizin	28.06.16
Dr. med. Johanna Elles	FA Rechtsmedizin	29.06.16
Dr. med. Jan Falkenberg	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.06.16
Finn Kornau	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.05.16
Dr. med. Toni Christine Fischer-Medert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	08.06.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Andreas Franke	FA Allgemeine Chirurgie	10.05.16
Dr. med. Almut Frevert	FA Innere Medizin	25.05.16
Matthias Fröhde	FA Innere Medizin	01.06.16
Dr. med. Moritz Gebhard	FA Innere Medizin	25.05.16
Stephanie Schneider	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.05.16
Dr. med. Undine Gerlach	FA Viszeralchirurgie	08.06.16
Dr. med. Nadezhda Gerova	FA Radiologie	25.05.16
Marit Glasberger	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	08.06.16
Dr. med. Brigitta Globke	FA Allgemeine Chirurgie	31.05.16
Dr. med. Henning Gollnast	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.05.16
Marlen Götsch	FA Allgemeinmedizin	17.05.16
Dr. med. Maria Grigoryev	FA Radiologie	01.06.16
Dr. med. Henriette Grünwald	FA Innere Medizin und Angiologie	30.06.16
Dr. med. Matthias Haas	FA Radiologie	25.05.16
Dr. med. Sebastian Harms	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.05.16
Dr. med. Ulrike Harms	FA Neurologie	28.06.16
Dr. med. Silke Haßler	FA Innere Medizin	19.05.16
Christian Hetmank	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.05.16
Dr. med. Charlotte Hillmann	FA Innere Medizin und Geriatrie	15.06.16
Dr. med. Uwe Hoff	FA Innere Medizin und Nephrologie	15.06.16
Dr. med. Philipp Hoffmann	FA Innere Medizin	30.06.16
Dr. med. Christoph Holmer	FA Viszeralchirurgie	08.06.16
Dr. med. Naziha Holstein	FA Viszeralchirurgie	25.05.16
Dr. med. Vahid Hosseini Malayeri	FA Viszeralchirurgie	25.05.16
Dr. med. Michael Jüngst	FA Radiologie	01.06.16
Dr. med. Jörn-Stefan Kalz	FA Radiologie	01.06.16
Dr. med. Filiz Karakaya	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.05.16
Claus Klopotowski	FA Viszeralchirurgie	08.06.16
Dr. med. Maike Kollendt	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	22.06.16
Taner Köprülü	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	20.06.16
Christine Krause	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.06.16
Dr. med. David Krieger	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.05.16
Dr. med. Konstantin Krieger	FA Innere Medizin und Kardiologie	19.05.16
Dr. med. Henriette Krug	FA Neurologie	03.05.16
Jorinde Langenheim	FA Innere Medizin	11.05.16
Dr. med. Philipp Lindauer	FA Innere Medizin	25.05.16
Marita Lindner	FA Innere Medizin	22.06.16
Nadine Lorenz	FA Innere Medizin	15.06.16
Sarah Lück	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.05.16

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Daniel Mai	FA Anästhesiologie	31.05.16
Dr. med. Franziska Mansfield	FA Neurologie	03.05.16
Mohammad Masoud	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.05.16
Dr. med. Mark Maxis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	10.05.16
Nora Meierkord	FA Anästhesiologie	23.06.16
Dr. med. Claudia Meister	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	08.06.16
Nikolaus Metzner	FA Innere Medizin	30.06.16
Dr. med. Susanne Mieschel	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	25.05.16
Dr. med. univ. Jelena Milic	FA Innere Medizin	11.05.16
Dr. med. Martina Mogl	FA Viszeralchirurgie	08.06.16
Dr. med. Moritz Niemeyer	FA Augenheilkunde	22.06.16
Dr. med. Franziska Musharbash	FA Nuklearmedizin	01.06.16
Thomas Nickel	FA Innere Medizin	19.05.16
Karen Nitze	FA Innere Medizin	19.05.16
Dr. med. Axel Nogai	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	22.06.16
Dr. med. Ulrich Opfermann	FA Innere Medizin	01.06.16
Nohra Pabon Forero	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	08.06.16
Nora Peckenschneider	FA Innere Medizin	04.05.16
Jin-Hi Phark	FA Radiologie	25.05.16
Dr. med. Marcus Pohl	FA Innere Medizin	25.05.16
Dr. med. Johannes Simon Pronk	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.06.16
Dr. med. Franziska Prosch	FA Allgemeinmedizin	21.06.16
Dr. med. Jonas Raakow	FA Allgemeine Chirurgie	31.05.16
Dr. med. Sibylle Rademacher	FA Innere Medizin und Nephrologie	15.06.16
Dr. med. Christian Rau	FA Augenheilkunde	25.05.16
Dr. med. univ. Andreas Reinprecht	FA Augenheilkunde	22.06.16
Dr. med. Alexander Reshetnik	FA Innere Medizin und Nephrologie	15.06.16
Lars Michael Richter	FA Innere Medizin	04.05.16
Oxana Richter	FA Allgemeinmedizin	28.06.16
Dr. med. Aline Riechardt	FA Augenheilkunde	25.05.16
Lena Katharina Rohleder	FA Allgemeine Chirurgie	10.05.16
Dr. med. Fabian Sandmann	FA Innere Medizin	30.06.16
Adrian Schalow	FA Anästhesiologie	23.06.16
Dr. med. univ. Susanna Scharrer	FA Innere Medizin	19.05.16
Hannes Schenk	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	16.06.16
Cornelia Schickerling	FA Allgemeinmedizin	28.06.16
Dr. med. Thomas Schinagl	FA Innere Medizin	22.06.16
Thomas Schneller	FA Allgemeine Chirurgie	10.05.16
Daniel Schoch	FA Anästhesiologie	23.05.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Nicole Schoepke	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	11.05.16
Ina Schwärmer	FA Augenheilkunde	25.05.16
Sarah Schwieger	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.05.16
Bernd Seehausen	FA Innere Medizin	04.05.16
Dr. med. Laertes Sickert	FA Neurologie	31.05.16
Mark Stemmler	FA Innere Medizin	01.06.16
Dr. med. Uta Stolzenberg	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.06.16
Dr. med. Benjamin Strücker	FA Allgemeine Chirurgie	31.05.16
Thomas Sturz	FA Allgemeinmedizin	21.06.16
Dr. med. Johanna Tarbiat	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	08.06.16
Dr. med. Stephanie Thee	FA Kinder- und Jugendmedizin	29.06.16
Dr. med. Susanne Thieme	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	10.05.16
Dr. med. Thomas Günter Gerhard Liman	FA Neurologie	28.06.16
Christoph Töpfer	FA Anästhesiologie	21.06.16
Dr. med. Anne Trapp	FA Kinder- und Jugendmedizin	29.06.16
Dott. Alessia Trovato	FA Innere Medizin	15.06.16
Nikolaos Tsamitros	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.05.16
Katharina Tugendreich	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	29.06.16
Sophia van der Bosch	FA Anästhesiologie	31.05.16
Dr. med. Carlotta von Berghes	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.06.16
Alfonso von Leitner-Scharfenberg	FA Allgemeine Chirurgie	10.05.16
Dr. med. Viola Rabea Wagner	FA Neurologie	31.05.16
Dr. med. Manuel Walzer	FA Innere Medizin und Kardiologie	19.05.16
Gordian Weber	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.06.16
Dr. med. Susanne Weber-Kuhn	FA Pathologie	29.06.16
Dr. med. Sarah Weinberger	FA Urologie	07.06.16
Dr. med. Julia Welschoff	FA Urologie	07.06.16
Jörg Willhausen	FA Arbeitsmedizin	28.06.16
Dr. med. Eberhard Willinger	FA Innere Medizin und Pneumologie	11.05.16
Daniel Winkelmann	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.05.16
Katja Wintermann-Biet	FA Anästhesiologie	21.06.16
Dr. med. Stefan Wittstock	FA Allgemeinmedizin	17.05.16

* 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.

BERLINER ÄRZTE

8/2016 53. JAHRGANG

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

- Herausgeber:** Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de
- Redaktion:** Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
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
fefufoto, Cobalt / 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 Abow
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