

BERLINER



ÄZT

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal

10/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

A +) Z T

+) SPAREN AN DER FALSCHEN STELLE

ÄRZTEMANGEL AN DEUTSCHEN
KRANKENHÄUSERN

Die Lernziele reduzieren und spezifizieren

Wie kürzlich in vielen Tageszeitungen zu lesen war, haben Medizinstudierende mit regelmäßig 46h die längsten wöchentlichen „Arbeitszeiten“. Wo ist da noch Zeit für eine weitergehende individuelle Auseinandersetzung mit den menschlichen Seiten des ärztlichen Berufes? Die Politik hat sich nun der Problematik angenommen. Im Koalitionsvertrag der jetzigen Regierung ist zu lesen: „Für eine zielgerichtetere Auswahl der Studienplatzbewerber, zur Förderung der Praxisnähe und zur Stärkung der Allgemeinmedizin im Studium wollen wir in einer Konferenz der Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern einen „Masterplan Medizinstudium 2020“ entwickeln.“ Diese Formulierung sollte uns misstrauisch machen. Einerseits wäre es das erste Mal, dass in einer Konferenz ein Masterplan entwickelt wird. Und – Polemik beiseite – die genannten Ziele passen kaum zu den Problemen des Medizinstudiums in Deutschland: der überbordenden Stofffülle und der weitgehend fehlenden wissenschaftlichen Ausbildung. Der Wissenschaftsrat hat 2014 unter Evaluation der derzeit in Deutschland angebotenen Medizinstudiengänge – einschließlich der reformierten – zur Weiterentwicklung der Ausbildung festgehalten: „... folgende Grundsätze (sind) von zentraler Bedeutung: Kompetenzorientierung ... Integrierte, patientenorientierte Curricula ... Wissenschaftliche Kompetenzen ... Interprofessionelle Ausbildung ... Fokussierung der Studieninhalte“. Zu letzterem Punkt wird u.a. ausgeführt: „(Dabei) ... ist ... (die) primärärztliche Versorgung ... (und) ... auch die Allgemeinmedizin bei der Umgestaltung der Lern- und Prüfungsinhalte adäquat zu berücksichtigen.“



Foto: privat

Prof. i. R. Dr. med. Cornelius Frömmel, zuletzt tätig an der Göttinger Georg-August-Universität als Gründungsprofessor „Orthobionik“ und vorher bis 2012 als Dekan der Medizinischen Fakultät. Bis 2005 war er mehr als zehn Jahre Prodekan für Forschung an der Charité.

Diese Forderungen sind nun in entsprechende Konzepte zu übersetzen. Als Richtschnur ungeeignet erweist sich dabei die gültige Ärztliche Approbationsordnung. Sie fordert: „Ziel der ärztlichen Ausbildung (: ist) der **wissenschaftlich und praktisch in der Medizin ausgebildete Arzt, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen ärztlichen Berufsausübung, Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.**“ Solch (totalitären) Forderungen, die dann in weiteren Vorgaben zu Prüfungsfächern und -inhalten des Medizinstudiums auch unteretzt werden, gibt es in keinem anderen Studium.

Was spricht gegen einen anderen Ansatzpunkt für die inhaltliche Ausgestaltung des Medizinstudiums? Ein aus meiner Erfahrung ernstzunehmender Vorschlag ist die Ableitung der Lernziele aus dem Blickwinkel der Allgemeinmedizin. Um die Grundlagen der Ursachen, der Diagnostik und Therapie der (häufigen) Erkrankungen und die besondere Heuristik der Generalisten zu vermitteln, kann das Kerncurriculum aus den Inhal-

ten dieses Fachgebiet entwickelt werden. Die Lehre selbst wird dann durch die einzelnen Fachdisziplinen geleistet, Prüfungen aber in einer eher kleinen Zahl von Fächern übergreifend durchgeführt. Die Möglichkeit, viele Fächer im Studium kennen zu lernen, sollte über Wahlmöglichkeiten gegen Ende des Studiums geschaffen werden. Dazu kommt – um für die tägliche Arbeit und auch in Zukunft gewappnet zu sein – die theoretische und praktische Ausbildung in den grundlegenden Techniken des medizinisch-wissenschaftlichen Arbeitens. Um alle Aspekte im Medizinstudium zu vermitteln, muss die Zahl der Lernziele, seien es die im Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) geführten Gegenstandskataloge, sei es der gerade vom Medizinischen Fakultätentag verabschiedete Nationale kompetenzbasierte Lernzielkatalog deutlich (-25%) vermindert oder einengend spezifiziert werden.

Dabei muss die Politik die Weichen stellen. Die Ärztliche Approbationsordnung ist so zu ändern, dass die Eigeninteressen der Beteiligten („Je mehr Lernziele ein Fach aufweist, umso mehr Lehrstunden braucht es zur Vermittlung und umso mehr qualifiziertes Personal wird benötigt!“) hinter den Ansprüchen moderner ärztlicher Ausbildung zurücktreten. Ein entsprechend reduzierter Lernzielkatalog sollte rechtlich Bestandteil der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) sein. Dabei muss das Rad nicht neu erfunden werden – die Vorschläge des Wissenschaftsrates liegen auf dem Tisch. Um bei der Erarbeitung einer neuen ÄApprO notwendigerweise auftretenden Interessenkonflikte zu überwinden, sollten wie bei der Exzellenzinitiative internationale Gutachter bei der inhaltlichen Bewertung eine wesentliche Rolle spielen.

MIGRATION UND

GESUNDHEIT

Deutschland ist ein Einwanderungsland. Von 81 Millionen Einwohnern sind 16,4 Millionen selbst zugewandert oder Kinder bzw. Enkelkinder von Zuwandern. Sprachprobleme und kulturelle Unterschiede sind die Ursachen dafür, dass Menschen mit Migrationshintergrund oft nicht in gleichem Maße von der Gesundheitsversorgung profitieren wie die übrige Bevölkerung.

Der Berliner Gesundheitspreis 2017 soll dazu beitragen, Initiativen und Projekte zum Thema „Migration und Gesundheit“ bekannt zu machen und schnell in die Praxis zu bringen.

Ausschreibung:

**1. September bis
30. November 2016**

Der Preis wird von dem AOK-Bundesverband, der Ärztekammer Berlin und der AOK Nordost vergeben und ist mit insgesamt 50.000 Euro dotiert.

Die Wettbewerbsunterlagen können abgerufen werden auf:

berliner-gesundheitspreis.de

Rückfragen zum Wettbewerb:

**berliner.gesundheitspreis@bv.aok.de
oder 030 34646-2310**

Für den Berliner Gesundheitspreis 2017 können Projekte eingereicht werden, die sich einsetzen für eine bessere

- **Gesundheitsförderung und -versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund**
- **Integration von Fachkräften mit Migrationshintergrund in unterschiedliche Gesundheitsberufe im deutschen Gesundheitssystem**

**Bewerben können sich
zum Beispiel:**

- Einrichtungen aller Gesundheitsberufe
- Wissenschaft/Universitäten
- Bildungseinrichtungen
- Migrationsorganisationen
- Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen
- NGOs, ehrenamtliche Initiativen



BERLINER
GESUNDHEITSPREIS
2017



A ZIT

Sparen bis der Arzt nicht mehr kommt

TITELTHEMA

Von Eugenie Ankwitsch
Seite 16

Die ökonomischen Zwänge in deutschen Krankenhäusern sind groß. Der Sparzwang führt inzwischen dazu, dass trotz ausreichender Bewerberzahl Stellen nur sehr schleppend nachbesetzt oder über einen längeren Zeitraum offen gehalten werden. Ein aktuelles Stimmungsbild.

GASTKOMMENTAR.....	Die Abteilung 1 stellt sich vor...
Die Lernziele reduzieren und spezifizieren	Von Catharina Döring-Wimberg.....29
Von Cornelius Frömmel.....3	FORTBILDUNG.....
BERLINER ÄRZTE <i>aktuell</i>6	Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin22
BUNDESINSTITUTE	BERUFSRECHT.....
Brustkrebs in Berlin	Neues Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
Informationen des Gemeinsamen Krebsregisters.....11	Von Klaus Schmitt.....33
BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....	PERSONALIEN.....
Big Health Data: nur mit dem Vertrauen der Bürger	Bestandene Facharztprüfungen Juli/August 2016
BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....2535

Ständige Impfkommission veröffentlicht neue Impfeempfehlungen

Die Ständige Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) hat ihre neuen Empfehlungen im Epidemiologischen Bulletin 34/2016 veröffentlicht. Im Mittelpunkt steht die Überarbeitung der Empfehlungen zur Pneumokokken-Schutzimpfung für Senioren und andere gefährdete Risikogruppen. Außerdem gibt die STIKO erstmals Hinweise zur Verringerung von Schmerz- und Stressreaktionen beim Impfen.

Pneumokokken stellen in Europa die Hauptursache von bakteriellen Lungenentzündungen dar. Die STIKO schätzt, dass jedes Jahr mehr als 5.000 Menschen in Deutschland an den Folgen einer Pneumokokken-Erkrankung sterben. Besonders gefährdet sind Kinder unter 2 Jahren, Menschen ab 60 Jahren sowie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit bestimmten Grundkrankheiten, z. B. Personen mit einer Immunschwäche oder mit chronischen Krankheiten des Herzens oder der Lunge.

Neben dem bereits seit 1983 zugelassenen 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharid-impfstoff (PPSV23) steht seit einigen Jahren mit dem 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PCV13) ein

zweiter Impfstoff für die Impfung von Erwachsenen zur Verfügung. Dies hat die STIKO veranlasst, ihre Empfehlungen zur Pneumokokken-Impfung für Erwachsene zu überarbeiten. Nach gründlicher Analyse aller verfügbaren Studien empfiehlt die STIKO auch weiterhin für alle Personen ab dem Alter von 60 Jahren eine alleinige Impfung mit PPSV23. PPSV23 hat gegenüber PCV13 den Vorteil, gegen ein deutlich breiteres Spektrum (nämlich 23 statt 13) der insgesamt über 90 Pneumokokken-Serotypen zu schützen. Nur für Personen mit einer Immunschwäche und einige wenige weitere Risikogruppen ist eine zusätzliche Impfung mit PCV13 sinnvoll. Für Kinder unter 2 Jahren gilt weiterhin die Empfehlung der routinemäßigen Impfung mit Konjugatimpfstoff, weil sie nach Impfung mit PPSV23 keine ausreichende Immunantwort entwickeln.

Eine bessere Umsetzung der Impfeempfehlungen ist dringend wünschenswert: Bislang sind nur 31 Prozent der Senioren (im Alter von 65 bis 79 J.) gegen Pneumokokken geimpft. Das zeigen Daten der Deutschen Erwachsenengesundheitsstudie DEGS des Robert Koch-Instituts. Die Pneumokok-

ken-Impfung kann beim gleichen Impftermin durchgeführt werden wie die Gripeschutzimpfung, die ebenfalls für Ältere und für chronisch Kranke aller Altersstufen empfohlen ist.

Schmerzen und Stressreaktionen können bei jeder Impfung und in jedem Alter auftreten. Die Sorge davor kann die Einstellung gegenüber dem Arztbesuch, dem Impfen und die Akzeptanz von Impfungen ein Leben lang beeinträchtigen. Die STIKO gibt erstmals generelle Hinweise zur Verringerung von Schmerz- und Stressreaktionen beim Impfen. Zu

den Empfehlungen gehören Hinweise auf bestimmte Injektionstechniken, schmerzstillende Medikamente und altersabhängige Ablenkungsmethoden.

Eine ausführliche Darstellung aller Neuerungen und die wissenschaftlichen Begründungen werden in den Ausgaben 35 bis 37 des Epidemiologischen Bulletins veröffentlicht.

Weitere Informationen: Internetseite der STIKO www.rki.de/stiko
RKI-Internetseite zum Impfen www.rki.de/impfen

Jubiläum

DER ARZNEIMITTELBRIEF im 50. Jahrgang

Anlässlich seines Jubiläums veranstaltet die Fachzeitschrift ein Symposium unter dem Thema

„Arzneimittelinnovationen: Nutzen, Schaden, Profit“

Samstag, den 15.10.2016
Beginn 10.00 Uhr
Kaiserin-Friedrich-Haus
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin-Mitte



Das Programm des Symposiums mit den Vortragenden finden Sie unter: <https://www.der-arzneimittelbrief.de>

Kommentar

Pädophilie

Am 1. September 2016 hat der Journalist Hannes Heine in einem Artikel im Tagesspiegel einen bedeutenden Satz geschrieben:

»Wie Pädophilie entsteht, ist nicht geklärt – vermutlich durch genetische als auch durch umweltbedingte Einflüsse«.

Schön wäre, wenn die in Berlin für das Geldverteilen zuständigen Politiker diesen Satz verinnerlichen würden. Sie sollten sich entscheiden, eine Sache mindestens so lange durch Forschungsfinanzierung zu fördern, bis klar ist, ob es sich um eine Krankheit oder eine Straftat handelt.

Bei kaum einem anderen Thema gerät die menschliche Vernunft so außer Kontrolle wie bei der Bewertung der Pädophilie. Von Ahndung durch Wiedereinführung der Todesstrafe bis zum Ruf nach Legalisierung reicht das Spektrum der – zum Teil aggressiv öffentlich – vertretenen Meinungen. Und kaum ein anderes Phänomen birgt mehr sozialen Sprengstoff und ätiopathogenetische Unklarheiten in sich. Die Wissenschaft lebt vom öffentlichen Interesse. Aber die Zeit, in der jemand im Elfenbeinturm zweckfrei vor sich hinforschte, ist Geschichte – zumindest in der Medizin.

In der Charité läuft unter der Leitung des Sexualmediziners Klaus Michael Beyer seit Jahren das Projekt „Kein Täter werden“, das Pädophilen Hilfe anbietet. Tausende haben das Angebot inzwischen angenommen. Der Inhalt: Prävention, Therapie, Forschung, vielleicht sogar Verbrechensprävention, wenn es das überhaupt gibt.

Mit großer öffentlicher Zustimmung wurde zur Kenntnis genommen, dass zur Erforschung seltener Krankheitsbilder (orphan diseases) öffentliche Mittel bereitgestellt werden. Das ist notwendig, weil für die profitorientierte Pharmaindustrie die Forschung auf dieser Strecke unrentabel ist. Orphan diseases sind Krankheiten, die in einer Häufigkeit von 1: 1000 und seltener auftreten, die ein Arzt einmal pro Jahr oder noch seltener zu Gesicht bekommt. Bei der Pädophilie handelt es sich nach dieser Diktion aber nicht um eine seltene Erscheinung. Sie tritt in der (männlichen) Bevölkerung im Prozentbereich auf. Die Zahl der betroffenen Männer dürfte in die Hunderttausende gehen.

Wenn die Weiterführung des Beyer-schen Projektes am Unverständnis oder an der Gleichgültigkeit der Politik scheitern sollte, wäre das ein Vergehen an den Kindern. *hdm*

Musik

Benefizkonzert der Stiftung Gute-Tat

Klassik Vergnügen



Moderiert von Holger Wemhoff

Dorothee Oberlinger, Blockflöte
Nemanja Radulovic, Geige
Nils Mönkemeyer, Bratsche
William Youn, Klavier
Tamás Pálfalvi, Trompete
Pietro di Bianco, Bassbariton

Bayerisches Kammerorchester / Staats- und Domchor Berlin

15. Dezember 2016, 20 Uhr
PHILHARMONIE KMS

Tickets: <https://www.ticketmaster.de>

Weitere Informationen zur Stiftung Gute-Tat:
www.gute-tat.de



Der elektronische Arztbrief in der vertragsärztlichen Versorgung

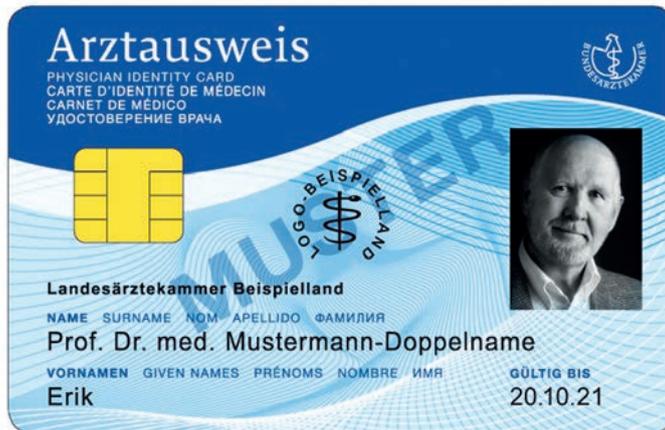
Die finanzielle Förderung beginnt am 1. Januar 2017

Förderung eArztbriefschreibung

Das eHealth-Gesetz sieht für das Jahr 2017 die finanzielle Förderung der elektronischen Versendung von Arztbriefen in der vertragsärztlichen Versorgung vor (eArztbriefschreibung), wenn

1. der elektronische Arztbrief mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des elektronischen Arztausweises versehen ist und
2. die Versendung über eine sichere elektronische Infrastruktur erfolgt. Vorgesehen hierfür ist derzeit das KV-Connect im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK).

Die Förderung besteht in einer Pauschale von 55 Cent pro Übermittlung eines elektronischen Briefs, die nach aktuellen Überlegungen zwischen Sender (28 Cent) und Empfänger (27 Cent) aufgeteilt werden soll. Nähere Informationen zu den tatsächlichen und technischen



© Bundesärztekammer

Voraussetzungen der Teilnahme an der eArztbriefschreibung finden Sie im Internet unter folgendem Link: <https://www.kv-telematik.de/praxen-und-krankenhäuser/kv-connect/anwendungen/earztbrief/>.

eArztausweis

Für die Teilnahme an der eArztbriefschreibung benötigen Sie einen elektronischen Arztausweis

(eArztausweis). Diesen erhalten Sie über Ihre Ärztekammer. Um den Antragsprozess anzustoßen, haben Sie folgende Möglichkeiten:

1. Sie senden uns ein entsprechendes Formular zu (elektronisch oder per Post); dieses finden Sie auf unserer Homepage unter https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/10_Mitgliedschaft/17_Formulare/index.html

oder

2. Sie loggen sich in unserem Mitgliederportal ein, füllen dort unter der Rubrik eArztausweis das Antragsformular aus und senden dieses ab

oder

3. Sie vereinbaren einen persönlichen Termin in der Ärztekammer Berlin unter der Durchwahl -25 30. Bitte planen Sie für diesen Termin mindestens 30 Minuten Zeit ein.

Rechtzeitiger Antrag!

Bitte bedenken Sie, dass die Bearbeitung des Antrags in der Ärztekammer Berlin sowie die Produktion und Auslieferung der Karte durch die Firma medisign einige Zeit in Anspruch nimmt. Die Ärztekammer Berlin wird alle Anträge, die bis zum 15. November 2016 eingehen, noch rechtzeitig vor Jahresende bearbeiten und der Firma medisign übergeben. Bei einem Antragseingang nach dem Stichtag ist mit Verzögerungen zu rechnen.

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus Neukölln

Dr. Ann-Kathrin Meyer hat am 1. September die Leitung der Klinik für Altersmedizin im Ida-Wolff-Krankenhaus übernommen. Sie tritt damit die Nachfolge von Dr.

Christine Mende an, die in den Ruhestand geht. Dr. Ann-Kathrin Meyer arbeitete zuletzt in Hamburg in der Asklepios Klinik Wandsbek als Chefarztin der Geriatrie. Zu ihren Schwerpunkten gehören auch die Diabetologie, die Physikalische Therapie und die Palliativmedizin. Nach dem Medizinstudium an der Christian-Albrecht-Universität in Kiel begann ihre berufliche Laufbahn als Assistenzärztin im Zentralkrankenhaus Bremen, wo sie 1997 leitende Oberärztin der Klinik für medizinische Geriatrie und Rehabilitation wurde.

Vivantes Klinikum Spandau

Seit 1. September 2016 ist PD Dr. Sven Gläser neuer pneumologischer Chefarzt am Vivantes Klinikum Spandau. Damit erfolgt parallel eine Umstrukturierung. Unter dem Dach des Departments für Innere

Medizin – Kardiologie, Pneumologie & konservative Intensivmedizin unter der Leitung von Prof. Dr. Steffen Behrens befinden sich damit jetzt zwei Kliniken: Die Klinik für Innere Medizin – Kardiologie & konservative Intensivmedizin unter Prof. Behrens sowie die Klinik für Innere Medizin – Pneumologie unter der Leitung des neuen Chefarztes PD Dr. Gläser. Er arbeitete zuletzt an der Universitätsmedizin Greifswald und seit 2015 als Chefarzt an der Klinik für Innere Medizin im Kreiskrankenhaus Demmin in Mecklenburg-Vorpommern. Zu seinen Schwerpunkten gehört neben der Lungenheilkunde und Beatmungsmedizin die Thoraxonkologie, Allergologie und Infektiologie.

Vivantes Auguste-Viktoria- Klinikum

PD Dr. Mandy Mangler hat am 1. September 2016 die Leitung der Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum übernommen. Sie tritt damit die

Nachfolge von PD Dr. Herbert Mecke an, der in den Ruhestand geht. PD Dr. Mangler war in der Klinik für Gynäkologie & Brustzentrum an der Charité Campus Mitte als kommissarische Leiterin und zuletzt als stellvertretende Klinikdirektorin tätig. Ihr klinischer Fokus liegt in der operativen Therapie gynäkologischer benignen und malignen Tumoren. Dabei hat sie sich seit Jahren auf minimal-invasive Ansätze und unter anderem auf Roboterchirurgie zur Karzinombehandlung spezialisiert. Offene und exenterative Eingriffe und medikamentöse Therapiemaßnahmen gehören ebenfalls zu ihrem Spektrum. Die 39-jährige Chefarztin studierte an der Freien Universität Berlin und begann im Jahr 2003 ihre Facharztausbildung an der Charité. Im Jahr 2006 promovierte sie zunächst und 2013 folgte die Habilitation zum Thema „Fertilitätserhaltende laparoskopische Therapiestrategien bei Patientinnen mit gynäkologischen Erkrankungen“.

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

Flüchtlingshilfe

Projekt „not alone“ für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gestartet

Der Marburger Bund Landesverband Berlin-Brandenburg hat am 12. September zusammen mit weiteren Partnern das Projekt „not alone“ öffentlich vorgestellt. Das Bündnis aus MB, Ärztekammer Berlin, Medizinstudierenden, Paul-Gerhardt-Werk, Landessportbund, Vivantes, Bertelsmannstiftung, Diakonie, Handelsverband Berlin-Brandenburg sowie weiteren Organisationen versteht sich als Netzwerk, das sich um die Gruppe der 15- bis 18-jährigen unbegleiteten Flüchtlinge in Berlin kümmert. Im vergangenen Jahr sind Schätzungen zufolge 1.500 unbegleitete, minderjährige Asylbewerber in die Hauptstadt gekommen. Insgesamt

sollen rund 5.000 von ihnen in Berlin leben, rund zwei Drittel davon sind männlich. Wie MB-Geschäftsführer Reiner Felsberg erläuterte, ist die Kernidee des Projekts die Vermittlung einer 1:1-Begleitung durch Medizinstudierende, die den vorwiegend minderjährigen Flüchtlingen als Lotsen zur Seite gestellt werden. Aber auch über das 18. Lebensjahr hinaus soll Hilfe angeboten werden. Bisher haben sich 20 Medizinstudierende gefunden, die den Heranwachsenden bei Fragen zur beruflichen Ausbildung, Behördengängen und im Freizeitbereich zur Verfügung stehen, berichtete Koordinator Friedemann Egender.



Foto: S. Rudat

Dabei kann auch auf Erfahrungen des Paul-Gerhardt-Werkes zurückgegriffen werden, das aktuell rund 160 minderjährige Flüchtlinge betreut. Zur Rolle der Ärztekammer Berlin befragt, erklärte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, dass sich die Kammer vor einem Jahr, als die Flüchtlingszahlen plötzlich dramatisch anstiegen in Berlin, für eine menschenwürdige medizinische Versorgung eingesetzt

habe. Einem Aufruf der Kammer waren damals rund 800 Ärztinnen und Ärzte gefolgt. „Helfen ist unser Beruf“, sagte Jonitz, „Ärzte dienen nicht nur den Patienten, sondern auch der Gesellschaft, und Humanität ist einer der Grundwerte unserer Gesellschaft.“

Netzwerkkoordination
 Jürgen Wachsmuth
 Telefon: 0152/59626447
 E-Mail: koordination@notalone.berlin

Weitere Informationen und Kontaktdaten unter: www.notalone.berlin

Brustkrebs in Berlin



Jedes Jahr wird im Monat Oktober international mit Aktionen und Veranstaltungen auf Brustkrebs aufmerksam gemacht. Aus Anlass des Brustkrebsmonats berichtet das Gemeinsame Krebsregister der neuen Bundesländer und Berlins (GKR) über aktuelle Zahlen zu Brustkrebs in Berlin.

In Berlin erkranken jährlich ungefähr 2.770 Frauen an Brustkrebs (Durchschnitt der Jahre 2011-2013). Mit knapp einem Drittel aller Krebserkrankungen ist es die häufigste Krebserkrankung bei Frauen.

Die jährliche Neuerkrankungsrate bei Frauen in Berlin liegt bei 115 je 100.000 (altersstandardisiert nach Europabevölkerung) und somit auf Höhe des Bundesdurchschnitts. Dabei unterscheiden sich die Raten zwischen den Berliner Bezirken. In Charlottenburg-Wilmersdorf ist die Brustkrebsinzidenz am höchsten. Dort liegt die Neuerkrankungsrate um 13% über dem Berliner Durchschnitt. In Pankow ist

die Rate mit 13% unter dem Berliner Durchschnitt die niedrigste in Berlin.

Wie bei vielen Krebserkrankungen nimmt das Erkrankungsrisiko bei Brustkrebs mit dem Alter zu. Das Durchschnittsalter bei Diagnose ist 65 Jahre. In der Altersgruppe der 60-65 Jährigen treten mit ca. 370 Fällen pro Jahr auch die meisten Erkrankungen auf. Doch auch junge Frauen können an Brustkrebs erkranken. Über 100 Berlinerinnen erkranken jährlich im Alter zwischen 20 und 40 Jahren.

Pro Jahr sterben 700 Frauen in Berlin an Brustkrebs. Das sind ungefähr 17% aller Krebssterbefälle. Damit ist Berlin das einzige Bundesland in Deutschland, in dem Brustkrebs nur die zweithäufigste Krebstodesursache bei Frauen ist, da dort die

Lungenkrebssterblichkeit mit 19% aller Krebstodesfälle besonders hoch ist.

Brustkrebs ist eine Erkrankung mit guter Prognose. Aktuell überleben 80% der Patientinnen in den neuen Bundesländern mindestens die ersten fünf Jahre nach der Diagnose. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate liegt bei 87%. Das bedeutet, dass lediglich 13% aller Brustkrebspatientinnen innerhalb der ersten 5 Jahre nach Diagnose an ihrem Tumor versterben.

Weitere Informationen auch zu anderen Krebserkrankungen in Berlin können den Bezirksdatenblättern auf der Internetseite des Gemeinsamen Krebsregisters der neuen Bundesländer und Berlins (GKR) unter www.krebsregister.berlin.de entnommen werden.

Ramona Scheufele, Wissenschaftl.
Mitarbeiterin der Arbeitsgruppe
Epidemiologie Gemeinsames
Krebsregister

Exkursion

Tour durch Arztpraxen in Berlin-Lichtenberg

Selten, nein sehr selten, erlebe ich Politiker mit einem echten Interesse am Lebens- und Arbeitsalltag niedergelassener Ärztinnen und Ärzte. Umso erfreuter war ich, als mich Dr. Martin Pätzold, Mitglied des Bundestages und für die CDU im Wahlkreis Berlin-Lichtenberg tätig, einlud, mit ihm einige Praxen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Lichtenberg zu besuchen. Dies geschah am 30. und 31. August dieses Jahres. In neun Praxen trafen wir auf hoch-engagierte Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachgebiete, von der Allgemeinmedizin, über Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie, Dermatologie bis hin zur Onkologie und Palliativmedizin.

Die Praxisinhaberinnen und -inhaber waren mindestens genauso beeindruckt wie ich, dass ein Mitglied des Bundestages, obwohl nicht im Gesundheitsausschuss tätig, sich für unsere Belange interessiert. Die Gespräche fanden in aufgeräumter und freundlicher Atmosphäre in den Praxen statt. Mit großem Engagement und Sachverstand kümmert man sich dort um die anvertrauten Patientinnen und Patienten, die aus ganz unterschiedlichen sozialen Schichten stammen. Lichtenberg

ist groß. Es verfügt über Gegenden mit Einfamilienhäusern mit höherem Sozialstatus bis hin zu Gegenden, in denen prekäre Lebensverhältnisse mit allen gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen normal sind. Besonders beeindruckend für mich waren Praxen, die kurz nach der Wende gegründet wurden oder solche, die seit über 30 Jahren für die Bevölkerung vor Ort tätig sind.

Und besonders schön war die Aussage eines langjährigen, fachärztlichen Internisten, der hochspezialisiert und hochengagiert mit Augenmaß und Sachverstand viele Jahre in unterschiedlichen Krankenhäusern gearbeitet hatte und seit einigen Jahren seine eigene Praxis betreibt. Er meinte klar und deutlich: „Das hätte ich viel früher machen sollen!“

Die Hauptprobleme, die vorgetragen wurden, waren für den Kundigen nicht überraschend: Ganz oben stand die Mengenbegrenzung in der kassenärztlichen Tätigkeit, die Mehrarbeit bestraft. Das Morbiditätsrisiko liegt ungerechtfertigter Weise beim Arzt und nicht bei der Krankenkasse.

Das zweite Thema war die überbordende Bürokratie mit zum Teil skurrilen Anforderungen und der nicht



Der CDU-Abgeordnete Martin Pätzold (li.) und Kammerpräsident Günther Jonitz unterwegs in Lichtenberg.

immer nachvollziehbaren Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung. Letztere könne nach Erkenntnissen dieser Tour auch beim Thema der Dienstleistung gegenüber den Kassenärztinnen und -ärzten deutlich besser werden.

Ebenfalls thematisiert wurde die Versorgung von Flüchtlingen im Rahmen der Regelversorgung. Das große Manko sind dort nicht die medizinischen Möglichkeiten oder die Abrechnungen, sondern die Bereitstellung von Dolmetschern. Der Aufwand der im Regelbetrieb einer Praxis für die Bereitstellung von Dolmetschern notwendig ist, ist erheblich und

wird aktuell nur durch das Engagement der Praxis aufgefangen. Das Thema der gesundheitlichen Versorgung gelangt in den Bezirken durch solche Besuche greifbar in die Bundespolitik. Politische Prozesse werden ja nicht nur in Gremiensitzungen, sondern auch bei Gesprächen mit Fraktionskollegen oder anderen Abgeordneten initialisiert und kanalisiert. Vielleicht gibt es Nachahmer, möglicherweise findet das eine oder andere Problem seinen Eingang in eine parlamentarische Lösung.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer
Berlin

Berufsbildung

Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Schriftliche Prüfungen im Winter 2016

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten schriftlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ am **22. November 2016** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin/Arzthelfer oder einen anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie,
2. Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme an der von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildung in

dem Handlungs- und Kompetenzfeld (Modul), in dem die Teilprüfung abgelegt werden soll, in beglaubigter Kopie.

Anmeldeschluss ist der 21. Oktober 2016. Die erforderlichen Anmeldeformulare können bei der Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Berufsbildung angefordert werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt. Art und Grad der Behinderung sind mit dem Antrag auf Zulassung zur Prüfung nachzuweisen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: 030 / 40 80 6 - 26 26

Kurs

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:

16.11.2016 und 07.12.2016

jeweils mittwochs

19.00 – 21.15 Uhr

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

Weiterbildung

Der Blick down under

Einen Blick ans andere Ende der Welt konnten Interessierte am 31. August in der Ärztekammer Berlin wagen. Dr. John Tuffley (Foto), bis 2015 Präsident der Australian Orthopaedic Association (AOA), berichtete ausführlich über die australische orthopädische Facharztausbildung (AOA 21), die in den vergangenen drei Jahren grundlegend überarbeitet wurde. Die Weiterbildung zum Facharzt sowie die Erstellung des Curriculums ist ausschließlich Aufgabe der AOA. In seinem Vortrag ging Tuffley auf die Weiterentwicklung und das Ergebnis der neuen orthopädischen Facharztweiterbildung ein. Im Anschluss diskutierte er intensiv mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern über die Weiterbildung in Australien und Deutschland.



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, nämlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen: „Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“. Der Trend der Digitalisierung in nahezu allen Lebens-

bereichen 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 souveränen 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.

Ergebnisse der Sommerprüfung 2016

Abschlussprüfungen der auszubildenden Medizinischen Fachangestellten

Am 26. und 27. April 2016 fand in der Ärztekammer Berlin für ca. 400 auszubildende Medizinische Fachangestellte der schriftliche Teil der Abschlussprüfung in den Fächern Behandlungsassistenz, Betriebsorganisation und -verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde statt.

Zwischen dem 1. und 24. Juni 2016 mussten die Prüfungskandidaten dann im praktischen Teil der Prüfung durch Demonstration, Dokumentation und Präsentation praxisbezogener Arbeitsabläufe ihre Fähigkeiten und Kenntnisse unter Beweis stellen.

Es wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Punkte	100 – 92,00	91,99 – 81,00	80,99 – 67,00	66,99 – 50,00	49,99 – 30,00	29,99 – 0
Note	1 (sehr gut)	2 (gut)	3 (befriedigend)	4 (ausreichend)	5 (mangelhaft)	6 (ungenügend)
1. SCHRIFTLICHER TEIL						
Behandlungsassistenz						
Anzahl	2	42	132	163	54	2
Betriebsorganisation und -verwaltung						
Anzahl	3	32	137	181	45	4
Wirtschafts- und Sozialkunde						
Anzahl	4	15	90	167	116	8
2. PRAKTISCHER TEIL						
Anzahl	19	74	163	117	22	1

Seminar

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 Berufs-

gruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.

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

Online-Modul:
01.11.-30.11.2016

Präsenz-Modul:
01.12.-03.12.2016

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt, das Teilnahmeentgelt beträgt 500,00 €. 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

Evaluation der Weiterbildung 2016



Die Ärztekammer Berlin hat am 1. September 2016 eine erneute Evaluation der Weiterbildung gestartet. Anders als in den Jahren 2009 und 2011, als die Befragung bundesweit durchgeführt wurde, erfolgt diese Evaluation

in Verantwortung der Ärztekammer Berlin. Es sind alle Berliner Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme aufgefordert, die sich mindestens in den letzten drei Monaten in Weiterbildung zu einer Facharztanerkennung befanden. Die Unterlagen mit dem Evaluationsfragebogen wurden Ende August versandt. Der Fragebogen kann bis zum 6. November 2016 entweder schriftlich oder online über das Mitgliederportal ausgefüllt werden. Da der Ärztekammer Berlin wegen fehlender Meldepflicht keine zuverlässigen Informationen vorliegen, welches ihrer Mitglieder Ärztin/Arzt in Weiterbildung ist, wurden alle Kammermitglieder angeschrieben, die noch keine Facharztanerkennung besitzen. Ärztinnen/Ärzte, die keine Unterlagen für die Evaluation erhalten haben und sich in Weiterbildung zu einer Facharztanerkennung befinden, werden gebeten, sich an die Ärztekammer Berlin zu wenden und die Unterlagen anzufordern. Ziel der Evaluation der Weiterbildung ist es, ein Bild von der Qualität der Weiterbildung in Berlin und der damit verbundenen Zufriedenheit der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung zu erhalten. Die Ergebnisse für eine Weiterbildungsstätte werden nach Auswertung – sofern die Anonymität der Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung ausreichend gewahrt ist – auch dem betreffenden Befugten übermittelt. Die befugten Weiterbilder selbst erhalten bei dieser Evaluation keinen Fragebogen zur Bewertung, werden aber ausdrücklich um Unterstützung gebeten.

Ansprechpartner für die Evaluation der Weiterbildung bei der Ärztekammer Berlin: eva@aekb.de und 030 / 40806 1010

Sparen bis der Arzt nicht mehr kommt

Ohne ökonomisches Denken geht es im Krankenhausbetrieb unserer Tage nicht. Überall wird rationalisiert, umstrukturiert, optimiert und gespart. Ökonomische Begriffe und Effizienzaspekte werden zunehmend zum Maßstab medizinischen Handelns. Der rentable Betrieb wird oft mit einem harten Sparkurs vor allem beim Personal erkaufte. Betriebs- und Personalräte schlagen Alarm: Der Sparzwang führe mittlerweile verstärkt dazu, dass Stellen trotz ausreichender Bewerberzahl zum großen Teil sehr zögernd nachbesetzt und über längere Zeit offen gehalten werden, um die wirtschaftliche Bilanz der Kliniken zu verbessern. Daraus resultierten Qualitätsverluste in der Patientenversorgung sowie Überlastung der Mitarbeiter.

Von Eugenie Ankwitsch



Der Kostendruck in deutschen Krankenhäusern ist in den vergangenen Jahren immer weiter gewachsen. Auch wenn sich die finanzielle Situation der Kliniken laut Krankenhaus Rating Report 2016 etwas entspannt hat, ist die Finanznot vieler Häuser nach wie vor groß. Immer noch gelten knapp elf Prozent der Kliniken als insolvenzgefährdet, 23 Prozent schreiben Verluste. Der rentable Betrieb wird jedoch oft mit einem harten Sparkurs vor allem beim Personal erkaufte.

Die Personalkosten sind naturgemäß der größte Posten im Budget eines jeden Krankenhauses. Im Jahr 2014 gaben deutsche Kliniken laut Statistischem Bundesamt insgesamt 56,2 Milliarden Euro für ihre Mitarbeiter aus. Das sind 61,2 Prozent des gesamten Krankenhausbudgets. „Wenn Kliniken sparen müssen, bietet sich dieser Posten deshalb leider als einer der ersten an“, sagt Alfred Höfer, stellvertretender Vorsitzende des Vivantes Gesamtbetriebsrates. Seit der Einführung des DRG-Systems (s. Kasten auf S.21) heißt Sparen nahezu flächendeckend, Personal zu reduzieren. Dies geschieht allerdings nicht unbedingt dort, wo Überhänge bestehen.

Die Konsequenz: Mindestbesetzungen sind mittlerweile in vielen Kliniken der Standard. Kurzfristige Ausfälle beispielsweise durch Krankheit seien kaum noch zu kompensieren, berichten Ärzte, unabhängig davon, ob sie bei den öffentlichen oder privaten Klinikkonzernen arbeiten. „Wenn einer längere Zeit ausfällt, bricht hier alles zusammen“, mit fast gleichen Worten beschreiben sie die personelle Misere in den Berliner Kliniken. Trotz der ohnehin dünnen Personalausstattung wird ständig nach weiteren Einsparpotenzialen beim Personal gesucht.

Verzögerte Nachbesetzung für bessere Bilanz

„Der Sparzwang führt in der letzten Zeit verstärkt dazu, dass Stellen trotz ausreichender Bewerberzahl zum großen Teil sehr zögernd nachbesetzt und über längere Zeit offen gehalten werden, um die

wirtschaftliche Bilanz der Kliniken zu verbessern“, berichtet Dr. med. Thomas Werner, Betriebsrat beim landeseigenen Klinikkonzern Vivantes und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. Betroffen seien ärztliche Stellen über sämtliche Hierarchiestufen hinweg, vom Berufsanfänger über Fach- und Oberarzt bis hin zum Chefarzt. Das Instrument scheint sich einer großen Beliebtheit zu erfreuen.

„Wir haben in jüngster Vergangenheit einige Kolleginnen gehabt, die schwanger wurden und ein Berufsverbot erhielten. Die Stellen wurden einfach nicht mehr nachbesetzt. Das ist extrem problematisch, weil wichtige Knotenpunkten nicht mehr mit Assistenzärzten besetzt werden können“, bestätigt ein Assistenzarzt bei einem großen Berliner Krankenhausträger, der seinen Namen aus Sorge vor Nachteilen im Beruf nicht preisgeben will.

„Die Personaldecke ist sehr knapp geplant. Deshalb versuchen die Chefarzte in der Regel, offene Stellen schnell nachzubesetzen. Die Verwaltung kann dabei durchaus eine andere Strategie verfolgen und versuchen, die Nachbesetzung aus ökonomischen Interesse hinauszuzögern“, sagt auch Dr. med. Hannah Arnold, Fachärztin für Urologie und bis vor Kurzem Assistenzärztin an der Helios Klinik Berlin-Buch.



Dr. med. Hannah Arnold

Nach Auskunft eines ehemaligen leitenden Mitarbeiters der Charité, der ebenfalls ungenannt bleiben möchte, greife man auch an der Berliner Universitätsklinik gern darauf zurück. „Um den Zielkorridor für den Deckungsbetrag zu erreichen, wird die Wiederbesetzung nahezu routinemäßig mit einer vierteljährigen Sperre belegt. Je weiter die Klinik von den Zielvorgaben entfernt ist, desto strikter wird davon Gebrauch gemacht. Nur wenn der betroffene Bereich gänzlich nicht mehr arbeitsfähig wäre, wird eine Stelle kurzfristig nachbesetzt“, berichtet er. Auch an anderen Universitätskliniken, an denen er im Laufe seiner beruflichen Laufbahn tätig war, habe er ähnliche Nachbesetzungssperren erlebt.





Dr. med. Thomas Werner

„Es gibt an der Charité keinesfalls eine derartige zentrale Regelung“, sagt dagegen Manuela Zingl, stellvertretende Pressesprecherin der Universitätsklinik. Die Nachbesetzung ärztlicher Stellen erfolge in Verantwortung der Centren und Kliniken. Das Ziel sei aber, die Stellen überlappend zu besetzen.

Betroffene wollen lieber anonym bleiben

Andere Erfahrungen hat allerdings eine Oberärztin an der Charité gemacht. Sie will – wie weitere Betroffene, mit denen BERLINER ÄRZTE gesprochen hat – lieber anonym bleiben, um Nachteile für sich zu vermeiden. „Erst wenn wir die Freigabe des kaufmännischen Leiters haben, dürfen wir die Stelle ausschreiben und neu besetzen. Um das Budget zu schonen und die Defizite, die an anderen Stellen entstanden sind, auszugleichen, werden die freien Stellen oftmals erst Monate nach dem Weggang des alten Kollegen nachbesetzt“, sagt sie.

Was das für die Ärzte bedeutet, bekommt sie hautnah mit: „Die Mitarbeiter müssen mehr Überstunden machen und werden in den Dienstplänen massiv überplant. Es werden mehr Schichten vergeben als eigentlich im Monat gearbeitet werden müsste. Auch die Bereitschafts- und Wochenenddienste müssen dann entsprechend auf weniger Kollegen verteilt werden“.

Qualitätsverluste in der Patientenversorgung

Dieses Vorgehen führe zwangsläufig zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung sowie zu Überlastungen der Mitarbeiter, sind sich die Betriebs- und Personalräte einig. Eine repräsentative Befragung unter knapp 4.000 Krankenhausärzten, die der Marburger Bund vor knapp einem Jahr veröffentlicht hat, gibt ihnen Recht. Trotz der im Arbeitszeitgesetz festgelegten Höchstgrenze von durchschnittlich 48 Stunden pro Woche liegt die tatsächliche Wochenarbeitszeit inklusive aller Dienste und Überstunden bei mehr als zwei Drittel der Befragten im Durchschnitt deutlich darüber. Fast die Hälfte der Klinikärzte (46 Prozent) arbeitet 49 bis 59 Stunden und jeder Fünfte (21 Prozent) 60 bis 79 Stunden pro Woche im Durchschnitt.

Hinzu kommt, dass sich 73 Prozent der Ärzte „manchmal (34 Prozent), „häufig“ (30 Prozent) oder sogar „fast immer“ (9 Prozent) durch ökonomische Erwartungen, die der Arbeitgeber an sie heranträgt, in ihrer ärztlichen Diagnose und Therapiefreiheit beeinflusst fühlen. Lange Arbeitszeiten, hohe Arbeitsbelastung und ökonomischer Druck bleiben nicht ohne Folgen. Fast drei Viertel der Klinikärzte (72 Prozent) haben das Gefühl, dass die Gestaltung der Arbeitszeiten im Krankenhaus die eigene Gesundheit

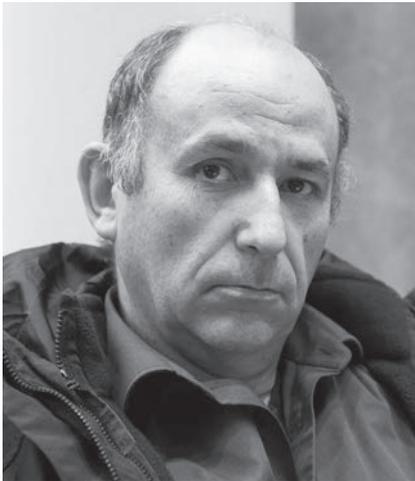
beeinträchtigt, z.B. in Form von Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit.

„In unserer täglichen Arbeit erleben wir, dass das Klinikpersonal durch die wirtschaftlichen Zwänge in den letzten Jahren mehr und mehr unter Druck gerät. Mitarbeitergesundheit ist aber die Basis für eine gesunde Klinikorganisation und Voraussetzung für die Patientensicherheit. Beides muss immer im Vordergrund stehen“, meint Dr. med. Ulrike Pohling, Personalrätin an der Charité. „Es gibt zudem klare gesetzliche Regeln für den Arbeits- und Gesundheitsschutz (ArbSchG), welche umgesetzt werden müssen“, führt sie weiter aus.

Zahl der Überlastungsanzeigen steigt

Die Zahl der Beschwerden und Überlastungsanzeigen steigt. So beklagen beispielsweise die Mitarbeiter bei Vivantes in den Beschwerden eine zu hohe Arbeitsbelastung wegen personeller Unterbesetzung des ärztlichen Dienstes in der Klinik. Es fehle außerdem ein Konzept für den Ausfall von Ärzten. Regelmäßig sei es aufgrund der hohen Arbeitsbelastung unmöglich, eine Pause zu machen. In einigen Fällen hat der Vivantes-Betriebsrat die Einigungsstelle angerufen. Im vergangenen Jahr kam es zu einem Spruch: Die fast identischen Beschwerden seien berechtigt, lautete





Alfred Höfer

das Fazit der Einigungsstelle. Der ärztliche Dienst der Klinik sei laut Aussagen der Ärzte und den überreichten Unterlagen permanent unterbesetzt. Der Ausfall eines Arztes sei durch die überbelasteten anwesenden Ärzte auszugleichen. „Die Geschäftsführung ist nun verpflichtet, etwas zu tun und diesen Beschwerden entgegen zu wirken“, sagt Alfred Höfer. Wenn nichts unternommen wird, habe der Betriebsrat die Möglichkeit, weitere Schritte zu unternehmen.

Allerdings ist die Vivantes-Geschäftsführung der Ansicht, dass die Stationen über eine ausreichende Anzahl an Fachärzten verfügen, um sowohl die Qualität der Versorgung wie auch der Weiterbildung sicherzustellen. Zwar verzeichne man in allen Krankenhäusern und in allen Berufsgruppen seit Jahren eine Arbeitsverdichtung. „Es entspricht nicht der Unternehmensstrategie, freie Stellen im ärztlichen oder pflegerischen Bereich nicht zu besetzen, sondern im Gegenteil. Vivantes setzt alles daran, qualifiziertes medizinisches und pflegerisches Fachpersonal zu gewinnen und zu halten“, heißt es in der Stellungnahme der Geschäftsführung.

Assistenzarztbereich besonders betroffen

Auch wenn die verzögerte Besetzung der vakanten Stellen nach Angaben der Fachleute über alle Hierarchieebenen praktiziert wird, trifft es am häufigsten die Assistenzarztstellen. „In diesem Bereich

werden die meisten befristeten Verträge vergeben und zwar nicht über den gesamten Zeitraum der Befugnis des Chefarztes, wie im Gesetz zur befristeten Beschäftigung von Ärzten in der Weiterbildung vorgesehen, sondern regelhaft über ein oder zwei Jahre“, sagt Werner. Diese Strategie sei sowohl bei den öffentlichen als auch bei privaten Kliniken üblich. Damit stellt sich in regelmäßigen Abständen die Frage, ob die Verträge verlängert werden oder eben nicht. Immerhin machen Assistenzärztinnen und -ärzte einen Löwenanteil in Berliner Krankenhäusern aus. Im Jahr 2014 waren das laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 6.522 von insgesamt 8.681 Ärzten. „Die Befristung der Arbeitsverträge ist so für die Arbeitgeber in zweierlei Hinsicht vorteilhaft“, erklärt der freigestellte Betriebsrat Höfer. Einerseits könne die Klinikleitung die Stelle einfacher als finanzielle Ressource nutzen: Je kürzer die Laufzeit der Verträge, desto öfter habe man die Möglichkeit, manipulativ einzugreifen und die Stelle eben eine Zeit lang nicht zu besetzen. Andererseits könnten die befristeten Verträge als Druckmittel genutzt werden, damit sich die Mitarbeiter konform verhalten. Denn in der Regel wollen sie, dass die Verträge verlängert werden und sie ihre Ausbildung auch dort beenden können.

Bei Vivantes werde laut Höfer die Vergabe von befristeten Verträgen in einzelnen Abteilungen unterschiedlich gehandhabt. Allerdings würden sie nur in den wenigsten Abteilungen über den ganzen Ausbildungszeitraum vergeben, um den Nachwuchs zu binden und die hohe Fluktuation wieder zu reduzieren. Denn inzwischen merke man auch dort, dass ärztlicher Nachwuchs knapper wird.

„Befristete Verträge sind auch nicht im Sinn des Teilzeit- und Befristungsgesetzes, wie wir Ärzte das sehen“, so Höfer weiter. Das Teilzeit- und Befristungsgesetz in Verbindung mit dem Gesetz zur Ausbildung von Ärzten in der Weiterbildung sehe eigentlich vor, dass Mitarbeiter einen Vertrag erhalten, der mindestens so lang wie die Ausbildungsermächtigung des Chefarztes ist. In großen Kliniken sollten also Verträge über die gesamte Wei-

terbildungszeit von fünf bzw. sechs Jahren die Regel sein. Allerdings werde dies häufig unterlaufen.

Immer mehr jüngere Assistenzärzte

Werden die Verträge nicht verlängert, dann kann die Klinikleitung nicht nur durch vorübergehende Nichtbesetzung der Stelle sparen, sondern statt eines erfahrenen Arztes einen jungen Assistenzarzt ohne Berufserfahrung einstellen. Denn diese sind in der Vergütungsstruktur am preiswertesten. „Das Personalgefüge verschiebt sich derzeit zu jüngeren Assistenzärzten, deren Wissensstand noch begrenzt ist und sie letztendlich häufig die fachlichen Ansprüche, die an sie gestellt werden, noch gar nicht abdecken können“, kritisiert Werner. „Zusätzlich sinkt trotz zunehmender Spezialisierung der Fachgebiete die erforderliche Facharztpräsenz in den Kliniken mit langfristigen Folgen für die Patientenversorgung und die Weiterbildung der Assistenten.“

Von ähnlichen Entwicklungen berichten auch Mitarbeiter der Charité. Begünstigt durch das Wissenschaftszeitgesetz sind auch dort befristete Verträge üblich. „Die Oberarztliche hat deutlich zugunsten von jüngeren Kollegen abgenommen“, schildert die Charité-Oberärztin. „Wir stellen fast nur noch junge Kollegen ein, die gerade erst ihr Studium beendet haben. Ihre Einarbeitung und Weiterbildung sind bei der knappen personellen Ausstattung eigentlich nicht leistbar. Es ist auch nicht verantwortbar, dass man so viele Berufsanfänger gleichzeitig beaufsichtigt.“

Nach Angaben der Charité soll der Anteil der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung dagegen seit Jahren sogar leicht rückgängig sein und derzeit bei unter 50 Prozent liegen. Zugleich steige gerade die Zahl der Ärzte wieder, was für die Charité mit einer deutlichen Leistungssteigerung einhergehe. „Wir haben kein Interesse, bei unseren wichtigsten Leistungserbringern zu sparen“, beteuert die Pressesprecherin.

Über alle Krankenhausträger hinweg berichten allerdings junge Nachwuchsärzte, dass aufgrund der knappen personellen Ressourcen auf den Stationen die Einarbeitungszeit kurz ist und sie bereits nach wenigen Wochen in Wochenend- und Nachtdiensten eigenverantwortlich Patienten betreuen. Da die Fach- und Oberärzte ebenfalls häufig überlastet seien, bleibe nur sehr wenig Zeit für das Erlernen von teilweise grundlegenden Untersuchungen und eine strukturierte Weiterbildung. „Die Weiterbildung läuft nebenher, da sie im DRG-System überhaupt nicht abgebildet wird. Engagierte Fach- und Oberärzte geben ihr Wissen neben dem klinischen Alltag trotzdem gern weiter. Die Assistenzärzte müssen sich allerdings engagieren und eine strukturierte Weiterbildung einfordern“, sagt Arnold. Trotz Kritik ist sie mit ihrer Weiterbildung ganz zufrieden. Damit gehört sie allerdings zu einer Minderheit in Deutschland. Denn laut einer bundesweiten Umfrage des Marburger Bundes beklagen 63 Prozent aller Assistenzärzte eine mangelnde Weiterbildung während der Arbeitszeit.

Das Niveau der Facharztbehandlung ist gefährdet

„Früher haben wir ganz genau geschaut, dass die Assistenzärzte bestimmte fachliche Anforderungen erfüllen, bevor sie eigenständig Dienste übernehmen. Dieses Niveau ist immer weiter heruntergesetzt worden, weil man die Dienste irgendwie besetzen muss. Von einem Facharztstandard kann eigentlich gar nicht mehr die Rede sein“, beklagt die Charité-Oberärztin. Man sei kaum noch in der Lage, die behandelnden Ärzte der Zukunft vernünftig auszubilden. Auch Werner meint, dass befristete Verträge und die Verschiebung hin zu mehr vergleichsweise unerfahrenen Mitarbeitern im ärztlichen Dienst einen erheblichen Einfluss nehmen auf das Niveau der Behandlung, welche nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs stets der durch einen erfahrenen Facharzt zu entsprechen hat.

In Deutschland fehlen Ärzte, vor allem auf dem Land. Aber auch in vielen Großstädten müssen Mediziner nicht lange nach einer Stelle suchen. Man könnte meinen, wer so gefragt ist, könnte für bessere Bedingungen protestieren, sich in einer anderen Klinik bewerben oder einen gut bezahlten Job im Ausland annehmen. Trotzdem ertragen viele ihre Situation.

Vor allem Assistenzärzte trauen sich nicht, sich zu beschweren. Denn gerade in der Facharztausbildung ist man auf ein gutes Verhältnis zum Chefarzt angewiesen. Schließlich muss er am Ende der Facharztweiterbildung das sogenannte Log-Buch unterschreiben. Das war auch der Grund, warum einige Assistenzärzte gar nicht mit BERLINER ÄRZTE reden und andere nur vertraulich ihre Sorgen schildern wollten.

Verbindliche Personalvorgaben nicht in Sicht

Die Anzahl der in den Berliner Krankenhäusern beschäftigten Ärzte ist laut Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zwischen 2009 und 2014 um 865 Vollkräfte angestiegen. Dies bedeutet einen Zuwachs von knapp 13 Prozent. „Zwar steige die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken seit einigen Jahren absolut, dennoch nehme die Arbeitsverdichtung zu, weil durch die Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes die durchschnittliche Arbeitszeit je Kopf sinke und sich zugleich die Patientenzahl erhöht hat“, erklären Experten den scheinbaren Widerspruch. „Der insbesondere mit der wachsenden Stadt und der demografischen Veränderungen verbundene Leistungszuwachs konnte insoweit auch durch Anpassungen im Ärztlichen Dienst zumindest teilweise flankiert werden“, meint die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG). Dennoch sei weiterhin eine hohe Arbeitsbelastung in den Berliner Krankenhäusern, die beim Ärztlichen Dienst in etwa dem Bundesdurchschnitt entspreche, zu verzeichnen. Ursächlich hierfür ist sowohl aus Sicht der BKG als auch der Gesundheitsexperten, die für BERLINER ÄRZTE Rede und Antwort stan-

den, eine weiterhin unzureichende Finanzierung der Betriebskosten durch die Krankenkassen sowie der Investitionen durch das Land Berlin.

Die seit Jahren anhaltende unzureichende Investitionsfinanzierung durch das Land Berlin habe zu einem erheblichen Investitionsstau geführt und den wirtschaftlichen Druck auf die Krankenhäuser zu Lasten der Beschäftigten und der Versorgung deutlich erhöht, kritisieren sie. Anhand aktueller Berechnungen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ergibt sich ein Investitionsbedarf der Berliner Kliniken von rund 240 Mio. Euro pro Jahr. Mit dem Doppelhaushalt 2016/2017 wurden Investitionen für die Berliner Kliniken von 107 Mio. Euro in 2016 und 109 Mio. Euro in 2017 vorgesehen. Bei fehlenden Investitionen aus den Ländermitteln seien die Krankenhäuser gezwungen, absolut zwingende, notwendige Investitionen aus den Mitteln für die Patientenversorgung zu nehmen. Bei den privaten Klinikkonzernen werden aus den Mitteln, die die Krankenkassen für die Behandlung der Patienten bereitstellen, sogar noch Ausschüttungen für die Aktionäre getätigt.

Berlins Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) hat sich als erster führender CDU-Gesundheitspolitiker dafür ausgesprochen, den Krankenhäusern einen festen Personalschlüssel für Ärzte vorzuschreiben. „Ich bin davon überzeugt, dass ein System, das auf Fallpauschalen beruht, nur funktionieren kann in Korrespondenz mit Mindestpersonalvorgaben im ärztlichen und pflegerischen Bereich“, sagte Czaja dem rbb-Magazin Klartext im Dezember 2015.

Im Berliner Krankenhausplan 2016 ist nach Ansicht von Dr. med. Wolfgang Albers, Sprecher für Wissenschaft und Gesundheit sowie Fraktionsvorstand der Linken im Abgeordnetenhaus, von personellen Mindeststandards für die Stationsbesetzungen allerdings keine Rede mehr. Die Vorgaben reduzieren sich auf die Formulierung, auf Intensivstationen

möge man sich „möglichst“ an die Empfehlungen der Fachgesellschaft halten und für jeweils zwei Patienten eine Pflegekraft einsetzen. Geriatriische Abteilungen sollen sich bei der Personalausstattung an den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie orientieren. „Verbindliche Vorgaben zu einer personellen Mindestausstattung im Interesse einer qualitativen Patientenversorgung sehen anders aus“, kritisierte er.

Die Vorgaben für alle anderen Stationen beschränken sich darauf, vorzuschreiben, dass eine medizinische Fachabteilung mit zwei Fachärzten inklusive ihrer Leitung besetzt sein muss. „Wie mit einem Chef- und einem Oberarzt der Facharztstandard in der Versorgung über 365 Tage im Jahr 24 Stunden am Tag gewährleistet werden soll, bleibt dabei sein (gemeint ist Gesundheitssenator Mario Czaja, Anm.d.Red.) Geheimnis“, so Albers.

Dem widerspricht Dr. med. Thomas Werner, der als Vorsitzender des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin an den Verhandlungen zum Krankenhausplan 2016 intensiv beteiligt war, deutlich „Die Pauschalaussage hierzu ist ganz einfach falsch. Die Regelung, dass mindestens der Chef- und Oberarzt über Facharztstandard verfügen müssen, hat den Hintergrund, dass es viele Abteilungen gab und gibt, die leider nicht einmal diesen ‚Mindeststandard‘ haben bzw. gehabt haben und zahlreiche Abteilungen als reine ‚Belegabteilungen‘ ohne eigenständige Leitung geführt wurden bzw. werden.“ Sehr wohl sei es möglich, solch einen Facharztstandard auch nur mit Chef- und Oberarzt zu erfüllen, wenn es sich um kleine „subspezialisierte“ Klinik eines großen Gebietes handele und entsprechende suffiziente Dienststrukturen mit weiteren Kliniken des Hauses im gleichen Gebiet bestehen. Die zusätzliche Einführung dieser wie auch anderer Regelungen im Krankenhausplan (zum Beispiel klinische Akut- und Notfallmedizin in den Rettungsstellen, Vorhaltung eines Viszeral- und Unfallchirurgen sowie viele andere kleine Bausteine) sind laut Werner vom Gesundheitssenator 1:1 aus den Stellungnahmen

der Ärztekammer Berlin übernommen und zum großen Teil gegen erheblichen Widerstand der BKG eingearbeitet worden. „Damit sind wir im Krankenhausplan 2016 im Vergleich zum letzten, unter „Rot-Rot“ entstandenen ein gutes Stück weiter gekommen und planerisch weitaus besser aufgestellt als die meisten anderen Bundesländer.“ Gleichzeitig räumt Werner ein, dass eine Personalbemessung in allen Bereichen auch für den ärztlichen Dienst wünschenswert wäre. Allerdings gebe es noch viele offene Fra-

gen. Die von ver.di an der Charité eingeschlagene Marschrichtung über die „Krücke“ einer tarifvertraglichen Vereinbarung führe zur Verlagerung unternehmerischer Risiken auf die Arbeitnehmer, die das Mehr an Personal letztlich über die nächsten Tarifabschlüsse „eigenfinanzieren“ würden. Daher sei eine gesetzliche Regelung zu fordern, betont Werner.

Verfasserin:
Eugenie Ankwitsch
Freie Journalistin

Hauptverursacher Fallpauschalensystem

Wenn man nach den Ursachen für die beschriebenen Zustände an deutschen Kliniken fragt, landet man schnell beim Fallpauschalensystem (DRGs). Mit der flächendeckenden Einführung der DRG-Systems im Jahr 2004 hat ein grundsätzlicher Wandel an den Krankenhäusern hierzulande stattgefunden. Die Zahl der Befürworter in Politik, Krankenkassen und Kliniken war damals groß. Doch bereits vor der Einführung gab es reichlich kritische Stimmen. Darunter die Ärztekammer Berlin, die im Jahr 2001 warnte: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin erwartet mit der Einführung von DRGs eine deutliche Verschlechterung der Patientenversorgung durch einen Verlust an Qualität und Humanität. Eine Industrialisierung der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern ist absehbar. Das Festhalten an dem derzeitigen Einführungsverfahren führt zum Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung, volkswirtschaftliche Ergebnisse und verfassungsrechtliche Gebote. Stattdessen führt es zu Anreizen für wohldotierte, aber fraglich indizierte Maßnahmen und damit zu schlechterer Medizin bei insgesamt höheren Kosten.“

„Dies alles ist in Deutschland flächendeckend eingetroffen“, erklärte dazu der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, Anfang dieses Jahres: „Wären DRGs ein Medikament, müssten sie sofort vom Markt genommen werden. Alle Nebenwirkungen für Patienten und Klinikpersonal sind eingetreten, fast alle Wirkungen ausgeblieben. Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und der ärztlichen Eingriffe.“ Zu beobachten ist, dass sich die handelnden Personen dem System und seinen Spielregeln anpassen (müssen) – teils widerwillig, teils aktiv und befördernd. Viele kennen inzwischen auch kein anderes System mehr.

Aus Sicht des Präsidenten der Ärztekammer Berlin ist es deshalb an der Zeit, das bestehende System grundlegend zu überdenken: „DRGs sollten künftig vor allem als Grundlage für Budgetverhandlungen und nicht zur 100-prozentigen Budgetberechnung genutzt werden. Sinnvoll wäre es, regionale Gesundheitsbudgets analog zum Innovationsfonds einzuführen. „Der Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung ist der falsche Weg. Wir müssen stattdessen hin zu einem werteorientierten System, das den Nutzen für den Patienten in den Vordergrund stellt.“

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
■ 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
■ 05.11.2016 und 09.11.2016	„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Organisation / Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Marion Winterholler, M.Pol.Sc. E-Mail: winterholler@signal-intervention.de; Fax: 030 / 275 95 366	12 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
■ 16.11.2016 und 07.12.2016	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	9 P
■ 30.11.2016	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Kein Teilnehmerentgelt	keine
■ Online-Modul: 01.11.–30.11.2016 Präsenz-Modul: 01.12.–03.12.2016	Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen (weitere Informationen s. S. 15)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 030 / 40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de	33 P
■ 01.12.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz Interventionsradiologie	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
■ 02.12.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
■ 20.02. – 22.02.2017	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
■ 22.02. – 24.02.2017	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

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Neue Arzneimittel 2015/2016 – eine kritische Bewertung / Aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit

Die Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin freut sich, auch die diesjährige Herbst-Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ berät als wissenschaftlicher Fachausschuss die Bundesärztekammer in allen das Arzneimittelwesen betreffenden wissenschaftlichen Fragen. Sie informiert Ärzte über eine rationale Arzneimitteltherapie – unabhängig von den Interessen der pharmazeutischen Industrie – und klärt über Risiken der Therapie auf. In Zusammenarbeit mit den für die Arzneimittelsicherheit zuständigen Bundesoberbehörden ist sie beteiligt an der Erfassung, Dokumentation und Auswertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2015/2016 vor. Dr. med. Thomas Stammschulte referiert über aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zu einer moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Termin: 23.11.2016, 19:30 – 21:00 Uhr

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ
Dr. med. Thomas Stammschulte, Facharzt für Innere Medizin, Berlin, AkdÄ

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin

Ort: BITTE BEACHTEN

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – die Teilnehmerzahl ist limitiert. Daher ist eine formlose **persönliche Anmeldung erforderlich**. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs.

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

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

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

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

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

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens	Do., 04.05. – Sa., 06.05.2017
Modul 2: Führen als Prozess	Do., 15.06. – Sa., 17.06.2017
Modul 3: Führung und Entwicklung	Do., 14.09. – Sa., 16.09.2017
Modul 4: Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr., 24.11.2017

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: PD Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Berlin

Teilnehmerentgelt: 3.400 Euro

Fortbildungspunkte: 80 Punkte

Organisation und Anmeldung: Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030 / 40806 1301; aertzliche-fuehrung@aekb.de

Fragen zum Inhalt: Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 / 40806 1200

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: Sonnabend, 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**

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2017 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: 20.02. – 25.02.2017
Präsenzwoche 2: 27.03. – 01.04.2017
Präsenzwoche 3: 15.05. – 20.05.2017
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 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

Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ 2017

Die Ärztekammer Berlin bietet die führungsfähige Strukturierte Curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ (64 Stunden) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer als Blended-Learning-Kurs an: Selbst-Lern-Phasen auf der Online-Plattform und Präsenzveranstaltungen wechseln sich ab (Termine s. u.). Der Kurs wendet sich sowohl an Neulinge im Begutachtungswesen, als auch an Ärztinnen und Ärzte, die bereits über Erfahrungen in der Begutachtung verfügen. Das komplette Programm mit Angaben zu den anerkannten Fortbildungspunkten wird in Kürze auf der Homepage der Ärztekammer Berlin zur Verfügung stehen.

Termine:

Modul	Termine
E-Learning	Zwischen 20. 01. und 16.02.2017
I a	17./18.02.2017
II	18.02.2017
I c	17./18.03.2017
Einzelarbeit/Übungsaufgabe	Zwischen 19.03. und 20.04.2017
I b	21./22.04.2017
Lernerfolgskontrolle	Zwischen 23.04. und 18.05.2017
III	19./20.05.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung:
Anja Hellert, Tel: 030 / 408 06-12 03; E-Mail: gutachterkurs@aekb.de

5. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der
deutschen Ärzteschaft

„Arzt und Patient im digitalen Zeitalter – ein App-grade“ (s. S. 14)

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: 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)
100,00 Euro (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)
Ihre schriftliche Anmeldung (*Anmeldeformular) senden Sie bitte an:
Fortbildungskongress@aekb.de
Anerkannt mit **10 Fortbildungspunkten**.

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter krankenhausinterner
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: 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).

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

Big Health Data: nur mit dem Vertrauen der Bürger

Fehler bei der Umsetzung von Datennutzungsprojekten haben das Vertrauen der Öffentlichkeit erschüttert. Nach der Entscheidung des NHS England, sein Programm care.data einzustellen, beleuchten **Tjeerd-Pieter van Staa und Kollegen**, wie man es besser machen könnte.

Tjeerd-Pieter van Staa, Professor of Health e-Research^{1,2}; **Ben Goldacre**, Senior Clinical Research Fellow^{3,4}; **Iain Buchan**, Professor of Health Informatics¹; **Liam Smeeth**, Professor of Clinical Epidemiology³

1 Farr Institute, Universität Manchester, Manchester, Großbritannien;

2 Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, Universität Utrecht, Utrecht, Niederlande;

3 London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, Großbritannien;

4 Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Universität Oxford, Oxford, Großbritannien; Korrespondenz: T-P van Staa (tjeerd.vanstaa@manchester.ac.uk)

Die bessere Nutzung von großen Gesundheitsdatenbeständen birgt ein großes Potenzial, von dem Patientenversorgung, öffentliche Gesundheit und Forschung profitieren könnten. Der Umgang mit solchen Daten wirft jedoch Fragen im Hinblick auf den Patientendatenschutz auf, selbst wenn die Gefahr einer Offenlegung äußerst gering ist.

Die Probleme werden an englischen Initiativen der letzten Zeit deutlich, mit denen versucht wurde, routinemäßig erhobene Gesundheits- und verwandte Daten, manchmal einfach als „Big Data“ bezeichnet, zu aggregieren und besser zugänglich zu machen. Eine der Initiativen, care.data, hatte zum Ziel, Gesundheits- und Sozialversorgungsdaten aus verschiedenen Umgebungen, einschließlich der Primärversorgung, miteinander zu verknüpfen und zugänglich zu machen, um die Planung und Bereitstellung der Gesundheitsversorgung zu verbessern und die Gesundheitsforschung zu fördern.¹ Die Daten sollten von allen Hausarztpraxen in England beigesteuert werden. Eine ähnliche Initiative, Clinical Practice Research Datalink (CPRD), ist aus der General Practice Research Database (GPRD) hervorgegangen. CPRD sollte auf die GPRD aufbauen und die Patientenakten aus der Primärversorgung mit Krankenhausdaten, rund 50 Krankheitsregistern und klinischen Audits, genetischen Daten aus der UK Biobank und sogar den Daten von Kundenkarten einer großen Supermarktkette verknüpfen, sodass ein integrierter Datenbestand mit zugehörigen Services für ganz England geschaffen würde, der sich an Hochschulen, Pharmaunternehmen und Branchen außerhalb des Gesundheitswesens verkaufen ließe. Care.data wurde nun eingestellt, und bei CPRD tritt man auf der Stelle. Die mangelhafte Umsetzung von care.data sowie frühere Fälle von unsachgemäßem Umgang mit Daten

haben in der Öffentlichkeit starke Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes ausgelöst. Wir sehen uns an, was schiefgelaufen ist und wie künftige Initiativen die Unterstützung der Öffentlichkeit gewinnen könnten.

Warum sind die englischen Big-Data-Initiativen gescheitert?

Die wichtigsten Voraussetzungen für den Erfolg von Big-Health-Data-Projekten sind das Vertrauen der Öffentlichkeit, dass die Daten sicher gespeichert sind und angemessen anonymisiert werden (Datensicherheit),² Kenntnis und Einfluss der Bürger, wie ihre persönlichen Daten genutzt wurden oder genutzt werden können² sowie die Nutzung der Daten für eine Wissenschaft auf hohem Niveau.

Care.data ist es nicht gelungen, das Vertrauen der Patienten, Bürger und medizinischen Fachkräfte zu gewinnen.² Eine Analyse von Meinungsäußerungen auf Twitter ergab, dass Bedenken hinsichtlich der informierten Einwilligung und der standardmäßigen Teilnahme, Vertrauen, Datenschutz und Datensicherheit, der Mitwirkung von Privatunternehmen und der Rechtmäßigkeit bestanden.³ In der Informationskampagne über care.data wurde nicht klar dargestellt, wie das System funktionieren würde, auch in Bezug auf Möglichkeiten, die Teilnahme abzulehnen, und in welcher Form eine Weitergabe von persönlichen Daten an kommerzielle Organisationen stattfinden würde.^{4,5} Mitunter wurden auch die potenziellen Vorteile heruntergespielt.

Dies wirft ein Schlaglicht auf ein allgemeineres Problem, wie die Bürger die Nutzung und Verwaltung von Daten wahrnehmen. Eine aktuelle Literaturrecherche ergab, dass viele Menschen nicht wissen, wie Patientendaten derzeit genutzt werden oder wer sie nutzen darf.⁶ In Fokusgruppen wurde jedoch festgestellt, dass die Teilnehmer Nutzungsmöglichkeiten für Big Health Data eher akzeptieren, wenn sie zuvor besser darüber informiert wurden.⁷

Derzeit erhalten Forscher Zugriff auf große Datenbestände aus dem englischen Gesundheitswesen (wie CPRD), indem Kopien an ihre lokalen Computer gesendet werden. Dies erschwert die Überwachung oder Steuerung, wie die Daten genutzt werden,

Big Health Data: nur mit dem Vertrauen der Bürger

FORTSETZUNG

sodass man von Datenmissmanagement hört und in den Zeitungen Schlagzeilen wie diese liest: „Durch eine Reihe von nicht hinnehmbaren Verfehlungen wurden Millionen von Patientenakten an Versicherungsfirmer verkauft, die damit ihre Prämien für schwere Krankheiten neu berechnet haben“.⁸ Patientenorganisationen und Abgeordnete des britischen Parlaments äußerten sich ebenfalls besorgt, dass der Datenschutz nicht gewährleistet sei, weil Daten in die Google-Cloud hochgeladen würden, um Zugriff auf leistungsfähigere Analysewerkzeuge zu erhalten.⁹

Eine grundlegende Anonymisierung der Daten (z. B. das Entfernen von Namen, Anschriften und anderen personenbezogenen Angaben) wird weithin praktiziert, um öffentlichen Bedenken hinsichtlich der Nutzung persönlicher Daten für Forschungszwecke zu begegnen. Die Schwierigkeit bei der Verknüpfung verschiedener Datenquellen (wie es bei care.data oder CPRD der Fall war) besteht jedoch im zunehmenden Detailgrad der Daten und der Möglichkeit einer Offenlegung durch Schlussfolgerungen. Hierzu kann es zum Beispiel kommen, wenn jemand in den sozialen Medien berichtet, dass er an bestimmten Tagen seinen Hausarzt besucht hat und mit Grippe ins Krankenhaus eingewiesen wurde.

Es steht fest, dass wir die Unterstützung der Bürger gewinnen müssen, indem wir sie bei der Entwicklung neuer Methoden zur besseren Nutzung von Gesundheitsdaten einbeziehen. Leider sind die Bestrebungen in dieser Richtung bisher Stückwerk. Es gibt von der Forschung initiierte Maßnahmen, um die Allgemeinheit über die sozialen Medien zu informieren, beispielsweise die Kampagne #datasaveslives (www.datasaveslives.eu), sowie Ad-hoc-Briefings für die Medien durch Wissenschaftler an den Hochschulen. Ein weiteres Beispiel ist der Bürgerausschuss, der Vertretern der Öffentlichkeit verschiedene Perspektiven zur Diskussion stellt. Vor Kurzem stellte ein solcher Ausschuss fest, dass die Öffentlichkeit, wenn sie sowohl über die Risiken als auch über die Chancen der Weitergabe von Gesundheitsdaten aufgeklärt wurde, der Meinung ist, dass das Recht des Einzelnen auf Datenschutz keine Forschung verhindern darf, von der Patienten allgemein profitieren können. Der Ausschuss kam zu dem Schluss, dass die Patienten über Datenweitergabeprogramme informiert werden sollten und ein Widerspruchsrecht haben sollten.¹⁰ In ihrem aktuellen Bericht über Datensicherheit, Einwilligung und Widerspruchsmöglichkeiten stellt die nationale Datenschutzbeauftragte Großbritanniens, Fiona Caldicott, fest, dass der Nutzen der Datenweitergabe der Öffentlichkeit noch stärker vermittelt werden muss.¹¹

Um die Unterstützung der Öffentlichkeit zu erhalten, kommt es außerdem darauf an, zu zeigen, dass die Wissenschaft auf Basis solcher Projekte glaubwürdig ist. Es ist allgemein anerkannt, dass

Ergebnisse über heterogene Populationen und Umgebungen hinweg repliziert werden müssen.¹² Dennoch findet sich in der medizinischen Literatur eine Fülle von fragwürdigen Ergebnissen, die häufig aus Beobachtungsstudien unter Verwendung von Gesundheitsdaten aus der klinischen Praxis stammen.¹³ Manche Studien kamen sogar ausgehend von denselben Datenquellen zu widersprüchlichen Ergebnissen. So wurde etwa einer Studie, die anhand der GPRD feststellte, dass blutzuckersenkende Medikamente mit einem erhöhten Krebsrisiko einhergehen, einige Jahre später durch eine weitere Studie widersprochen, die keinen Einfluss auf das Krebsrisiko feststellen konnte.^{14,15} Ein besonderes Hindernis für die Replikation ist die Tatsache, dass die Algorithmen und Listen der klinischen Codes nicht zusammen mit den Forschungsergebnissen veröffentlicht werden.

Was hat anderswo funktioniert?

Bei großen Datenbanken in anderen Regionen ist es gelungen, die Unterstützung der Öffentlichkeit zu gewinnen. Anders als bei den obigen Beispielen aus England kommen beim walisischen System Secure Anonymous Information Linkage (SAIL) die Forscher zu den Daten und nicht umgekehrt. Das SAIL-System enthält eine Vielzahl von Datensätzen und eine Plattform für den Wissensaustausch über die Nutzung der Daten. Es arbeitet mit einem Fernzugriffssystem, das autorisierten Nutzern einen sicheren Datenzugang und Datenanalysewerkzeuge bereitstellt.¹⁶ Das Scottish Health Informatics Programme (SHIP) hat ebenfalls Methoden entwickelt, mit denen Forscher elektronische Patientenakten und die damit verknüpften Daten verwalten und analysieren können. SHIP hat umfangreiche Maßnahmen zur Bürgerbeteiligung ergriffen, mit denen die Präferenzen, Interessen und Sorgen der Öffentlichkeit im Hinblick auf die Nutzung von Gesundheitsdaten für die Forschung sowie die Akzeptanz und Bewertung der Programmziele in der Öffentlichkeit untersucht wurden. Dadurch konnte SHIP einen transparenten und allgemein akzeptierten Ansatz für die Regulierung der Forschung mit Gesundheitsdaten entwickeln.¹⁷

Außerhalb Großbritanniens nutzt das Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES) ein System, bei dem Analyseabfragen an lokale Daten-Repositorys im ganzen Land gesendet und die Ergebnisse zentral in einer Meta-Analyse gebündelt werden.¹⁸ Eine große US-Datenquelle, Mini-Sentinel, trägt die Gesundheitsversorgungsdaten von rund 100 Millionen Menschen zusammen und arbeitet ebenfalls mit verteilten Abfragen,¹⁹ und PCORnet (www.pcornet.org) markiert eine Aufstockung der US-Investitionen in diesem Bereich. In den skandinavischen Ländern werden Gesundheitsdaten routinemäßig mit Daten zu Einkommen und Bildungsstand verknüpft.²⁰

Was sollten wir jetzt tun?

Die Bürgerbeteiligung ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen Nutzung großer Gesundheitsdatenbestände.²¹ Die Bürger müssen Zugang zu verständlichen, hochwertigen und aktuellen Zusammenfassungen der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung erhalten, die unter Verwendung von Daten aus Patientenakten erzielt wurden. Dies würde das Vertrauen der Patienten stärken, die Zahl der Widersprüche senken und die Patienten am Nutzen der Datenweitergabe teilhaben lassen. Entsprechende Zusammenfassungen sollten von der Forschergemeinde in Zusammenarbeit mit Patienten und Mitarbeitern, die in Öffentlichkeitsarbeit und Bürgerbeteiligung geschult sind, erstellt werden. Der Aufbau einer solchen Informationsquelle ist eine Vollzeitaufgabe und setzt voraus, dass die Geldgeber die ethische Bedeutung und den praktischen Wert dieser Aufgabe erkennen.

Man kann auch von anderen Politikbereichen lernen, in denen öffentliche Akzeptanz erfolgsentscheidend ist. Die erneuerbaren Energien gehören zu den umstrittenen Bereichen, in denen sich die öffentliche Meinung scheinbar widerspricht, zum Beispiel bei der offensichtlichen allgemeinen Befürwortung von erneuerbaren Energien und den gleichzeitigen Schwierigkeiten, konkrete Projekte vor Ort umzusetzen.²² Ein besseres Verständnis für die Dimensionen der gesellschaftlichen Akzeptanz scheint bei der Nutzung von großen Gesundheitsdatenbeständen genauso relevant zu sein wie bei den erneuerbaren Energien.

Das Vertrauen der Bürger wird wahrscheinlicher, wenn durch Transparenz der Methoden und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse erkennbar ist, dass die Forscher hohen wissenschaftlichen Standards genügen. Die wissenschaftliche Gemeinde zeigt zunehmend Interesse an einer Verbesserung der Reproduzierbarkeit.^{23,24} Ein Vorschlag ist das „e-Labor“, ein gemeinsam genutztes digitales Labor, das die konsistente Erfassung, Beschreibung und Bereitstellung von Daten und statistischen Algorithmen unterstützt und so eine schnelle Replikation von Ergebnissen ermöglicht.²⁵ Die Erfassung von Studienprotokollen und Publikationen in Registern könnte ein weiteres Mittel zur Stärkung der Zuverlässigkeit und Glaubwürdigkeit von auf Big Data basierenden Studien sein.²⁶

Transparenz und Einblick in die Nutzung der Daten sind ebenfalls wichtig für das Vertrauen der Öffentlichkeit.² Ein möglicher Ansatz hierzu wäre die Dokumentation, wo und wie die Daten des Einzelnen genutzt wurden. Dies umzusetzen dürfte im Hinblick auf die Kommunikation schwierig werden, beispielsweise wenn man nicht betroffenen Personen erklären muss, warum sie (als Kontrollen) in eine Studie zu Schizophrenie eingeschlossen wurden. Ein komplexerer Ansatz ist die dynamische Einwilligung, bei

der die Bürger sehen können, welche Organisationen auf ihre Daten zugegriffen haben, Informationen über die Datenanalysen abrufen können und ihre Einwilligung in bestimmte Nutzungsarten im Lauf der Zeit ändern können.²⁷ Prototypen dieses Ansatzes befinden sich bereits in der Entwicklung.²⁸ Die Ansichten Einzelner über verschiedene Arten der Datennutzung können unterschiedlich sein, und bei einem Widerspruchsrecht nach dem „Alles oder nichts“-Prinzip bestünde die Gefahr, dass man auf Daten von Menschen verzichten müsste, die mit den meisten Nutzungsarten einverstanden sind, aber so starke Bedenken gegenüber bestimmten Nutzungen haben, dass sie der Datennutzung insgesamt widersprechen.

Das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Datensicherheit ist eine unverzichtbare Voraussetzung. In einem von der Academy of Medical Sciences (und anderen) organisierten Workshop wurde vorgeschlagen, dass sensible Daten in zentralisierten „sicheren Häfen“ gespeichert und analysiert werden sollten. Als Argument hierfür wurde angeführt, dass sich Datensicherheitsrisiken so besser steuern ließen, indem sensible Daten gesondert gespeichert, der Datenzugriff kontrolliert und die Datennutzung überwacht würde.²⁹ Damit sichere Häfen effizient (zu niedrigen Kosten und mit schneller Reaktion) betrieben werden können, müssen sie verschiedene Nutzungen derselben Daten ermöglichen. Sie müssen jedoch auch die Bürger und die medizinischen Fachkräfte einbinden, die die Daten beisteuern, damit die Menschen einen Bezug dazu aufbauen können, was mit ihren Daten geschieht.³⁰

Viele Wissenschaftler laden Daten lieber herunter, als über einen sicheren Hafen auf sie zuzugreifen.³¹ Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Datensicherheit und Transparenz bei diesem Ansatz ist der Einsatz von verteilten Analysen, bei denen die individuellen Daten lokal analysiert werden und den Forschern nur Ergebniszusammenfassungen oder Zwischenstatistiken zum Herunterladen zur Verfügung gestellt werden. Derzeit wird ein Netzwerk von lokalen sicheren Häfen unter dem Namen Arks entwickelt, das in Verbindung mit den Pilotprojekten von Connected Health Cities in Nordengland steht.³²

Die endgültige Lösung muss jedoch neue Technologien mit klarer Zuordnung der Verantwortung, transparenter Organisation und öffentlichem Vertrauen vereinen. Darüber hinaus geht es beim Datenschutz nicht nur um physische und elektronische Sicherheit: Mitarbeiterschulungen, Standardarbeitsanweisungen sowie die Fähigkeiten und Einstellungen der Mitarbeiter sind ebenfalls von Bedeutung.³³ Diese Kombination aus Datenschutz (sichere Häfen) und einer Best-Practice-Kultur ist nicht nur das Fundament für ein vertrauenswürdiges Forschungsumfeld, sondern auch für ein lernendes Gesundheitssystem.^{34,35}

Schlussfolgerung

Die meisten Menschen würden von einem Gesundheitssystem erwarten, dass es die klinischen Ergebnisse überwacht, damit die Qualität der Versorgung und die Wirkung von Interventionen beurteilt werden können. Für solche Maßnahmen werden per Definition die Patientendaten der Bürger benötigt. Wenn Großbritannien seine Gesundheitsdatenressourcen von globaler Bedeutung nutzen will, müssen alle maßgeblichen Beteiligten im Gesundheitswesen gemeinsam handeln, um eine sinnvolle, dauerhafte Bürgerbeteiligung bei Big Health Data sicherzustellen.

Autoren und Quellen: Dieser Artikel wurde gemeinsam von zwei Experten für Datenwissenschaft und -analyse (TvS und LS), einem Experten für Bürgerbeteiligung (BG) sowie einem Experten für Gesundheitsinformatik (IB) verfasst. Alle Autoren haben zum Manuskript beigetragen und der Endfassung zugestimmt. TvS ist der Gewährsmann.

Interessenkonflikte: Die Autoren haben die BMJ-Richtlinien zur Erklärung von Interessenkonflikten zur Kenntnis genommen und erklären, dass keine relevanten Interessen vorliegen.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben: keine Beauftragung; extern begutachtet.

Das Wichtigste in Kürze

Der Erfolg von Big-Data-Projekten im Gesundheitswesen setzt das Vertrauen der Öffentlichkeit voraus, dass die Daten sicher gespeichert und angemessen anonymisiert werden. Die öffentliche Unterstützung setzt voraus, dass die Datennutzung transparent erfolgt und in einer glaubwürdigen Wissenschaft resultiert.

Die Bürger müssen in die Lage versetzt werden, den Nutzen von Big-Data-Projekten nachzuvollziehen.

Eine dynamische Einwilligung, die es den Bürgern ermöglicht, bestimmten Nutzungsarten zu widersprechen, könnte die Unterstützung fördern.

- 1 NHS England. The care.data programme—collecting information for the health of the nation. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/tsd/care-data/>
- 2 Carter P, Laurie GT, Dixon-Woods M. The social licence for research: why care.data ran into trouble. *J Med Ethics* 2015;41:404-9. doi:10.1136/medethics-2014-102374. PMID:25617016.
- 3 Hays R, Daker-White G. The care.data consensus? A qualitative analysis of opinions expressed on Twitter. *BMC Public Health* 2015;15:838. doi:10.1186/s12889-015-2180-9. PMID:26329489.
- 4 Goldacre B. Care.data is in chaos. It breaks my heart. *Guardian* 2014 Feb 28. www.theguardian.com/comments/free/2014/feb/28/care-data-is-in-chaos
- 5 Goldacre B. The NHS plan to share our medical data can save lives—but must be done right. *Guardian* 2014 Feb 21. <https://www.theguardian.com/society/2014/feb/21/nhs-plan-share-medical-data-save-lives>
- 6 General Medical Council. Review of public and professional attitudes towards confidentiality of healthcare data. http://www.gmc-uk.org/Review_of_Public_and_Professional_attitudes_towards_confidentiality_of_Healthcare_data.pdf_62449249.pdf
- 7 Hill EM, Turner EL, Martin RM, Donovan JL. "Let's get the best quality research we can": public awareness and acceptance of consent to use existing data in health research: a systematic review and qualitative study. *BMC Med Res Methodol* 2013;13:72. doi:10.1186/1471-2288-13-72. PMID:23734773.
- 8 Review of data releases by the NHS Information Centre. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/367788/Sir_Nick_Partridge_s_summary_of_the_review.pdf
- 9 Ramesh R. NHS England patient data "uploaded to Google servers," Tory MP says. *Guardian* 2014 Mar 3. <https://www.theguardian.com/society/2014/mar/03/nhs-england-patient-data-google-servers>

- 10 Health e-Research Centre. Citizens' jury: health data on trial. 2016. <http://www.herc.ac.uk/get-involved/citizens-jury/>
- 11 Caldicott F. Review of data security, consent and opt-outs. 2016. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/535024/data-security-review.pdf
- 12 Thompson S, Kaptoge S, White I, Wood A, Perry P, Danesh J. Emerging Risk Factors Collaboration. Statistical methods for the time-to-event analysis of individual participant data from multiple epidemiological studies. *Int J Epidemiol* 2010;39:1345-59. doi:10.1093/ije/dyq063. PMID:20439481.
- 13 Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005;2:e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124. PMID:16060722.
- 14 Currie CJ, Poole CD, Gale EA. The influence of glucose-lowering therapies on cancer risk in type 2 diabetes. *Diabetologia* 2009;52:1766-77. doi:10.1007/s00125-009-1440-6. PMID:19572116.
- 15 van Staa TP, Patel D, Gallagher AM, de Bruin ML. Glucose-lowering agents and the patterns of risk for cancer: a study with the General Practice Research Database and secondary care data. *Diabetologia* 2012;55:654-65. doi:10.1007/s00125-011-2390-3. PMID:22127412.
- 16 Jones KH, Ford DV, Jones C, et al. A case study of the Secure Anonymous Information Linkage (SAIL) gateway: a privacy-protecting remote access system for health-related research and evaluation. *J Biomed Inform* 2014;50:196-204. doi:10.1016/j.jbi.2014.01.003. PMID:24440148.
- 17 Scottish Health Informatics Programme. http://www.scot-ship.ac.uk/sites/default/files/Reports/SHIP_BLUEPRINT_DOCUMENT_final_100712.pdf
- 18 Suissa S, Henry D, Caetano P, et al. Canadian Network for Observational Drug Effect Studies (CNODES). CNODES: the Canadian Network for Observational Drug Effect Studies. *Open Med* 2012;6:e134-40. PMID:23687528.
- 19 Platt R, Carnahan RM, Brown JS, et al. The US Food and Drug Administration's Mini-Sentinel program: status and direction. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012;21(Suppl 1):1-8. doi:10.1002/pds.2343. PMID:22262586.
- 20 Furu K, Wettermark B, Andersen M, Martikainen JE, Almarsdottir AB, Sørensen HT. The Nordic countries as a cohort for pharmacoepidemiological research. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2010;106:86-94. doi:10.1111/j.1742-7843.2009.00494.x. PMID:19961477.
- 21 Nuffield Council on Bioethics. The collection, linking and use of data in biomedical research and health care: ethical issues. *NCB*, 2015.
- 22 Wüstenhagen R, Wolsink M, Bürer MJ. Social acceptance of renewable energy innovation: an introduction to the concept. *Energy Policy* 2007;35:2683-91. doi:10.1016/j.enpol.2006.12.001.
- 23 Academy of Medical Sciences. Reproducibility and reliability of biomedical research: improving research practice. <http://www.acmedsci.ac.uk/policy/policy-projects/reproducibility-and-reliability-of-biomedical-research/>
- 24 Check Hayden E. Rule rewrite aims to clean up scientific software. *Nature* 2015;520:276-7. doi:10.1038/520276a. PMID:25877185.
- 25 Custovic A, Ainsworth J, Arshad H, et al. Asthma e-lab: team science bringing data, methods and investigators together. *Thorax* 2015;70:799-801. doi:10.1136/thoraxjnl-2015-206781. PMID:25805205.
- 26 Swaen GMH, Carmichael N, Doe J. Strengthening the reliability and credibility of observational epidemiology studies by creating an observational studies register. *J Clin Epidemiol* 2011;64:481-6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.009. PMID:20643528.
- 27 Williams H, Spencer K, Sanders C, et al. Dynamic consent: a possible solution to improve patient confidence and trust in how electronic patient records are used in medical research. *JMIR Med Inform* 2015;3:e3. doi:10.2196/medinform.3525. PMID:25586934.
- 28 EnCoRe—Ensuring Consent and Revocation. <http://www.hpl.hp.com/breweb/encoreproject/index.html>
- 29 Academy of Medical Sciences. Data in safe havens. *AMS*, 2014.
- 30 Ainsworth J, Buchan I. Combining health data uses to ignite health system learning. *Methods Inf Med* 2015;54:479-87. doi:10.3414/ME15-01-0064. PMID:26395036.
- 31 Trust W. Enhancing discoverability of public health and epidemiology research data. 2014. http://www.wellcome.ac.uk/stellent/groups/corporatesite/policy_communications/documents/web_document/wtp056925.pdf
- 32 UK Government. Chancellor George Osborne's Budget 2015 speech. 2015. <https://www.gov.uk/government/speeches/chancellor-george-osborne-budget-2015-speech>
- 33 Mackenzie IS, Mantay BJ, McDonnell PG, Wei L, MacDonald TM. Managing security and privacy concerns over data storage in healthcare research. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20:885-93. doi:10.1002/pds.2170. PMID:21714035.
- 34 Ainsworth J, Buchan I. eLabs and work objects: toward digital health economies. In: Mehmood R, Cerqueira E. *Communications infrastructure systems and applications in Europe*. Springer, 2009:205-16.
- 35 Friedman C, Rubin J, Brown J, et al. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning learning health system. *J Am Med Assoc* 2015;224:43-50. doi:10.1136/amiajnl-2014-002977. PMID:25342177.

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>.

Abteilung 1 stellt sich vor ...

Die Aufgaben der Ärztekammer Berlin sind vielfältig. Einige sind den Kammermitgliedern bekannt, andere sind weniger geläufig. Wie bereits in Heft 9/2016 von Vorstandsmitglied und Schatzmeister Dr. Peter Bobbert angekündigt, möchten wir in dieser und den nächsten Ausgaben die Abteilungen der Ärztekammer Berlin und ihre Aufgaben näher vorstellen. Den Auftakt macht die Abteilung 1 „Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung“.

Von Catharina Döring-Wimberg

Weiterbildung

Am Mittwochnachmittag ist reger Betrieb auf der Etage der Abteilung 1 der Ärztekammer Berlin. Einige der Tische in dem geräumigen Flur der Etage sind besetzt. An einem Tisch werden die von einem Arzt mitgebrachten Dokumente gesichtet. Ihn beschäftigt die Frage, ob die Nachweise ausreichend für die Prüfungszulassung sind. An einem anderen Tisch sitzt eine Fachärztin für Kinderchirurgie. Sie trägt sich mit der Idee, einen zweiten chirurgischen Facharzt zu machen und möchte wissen, welche Weiterbildungszeiten ihr aus der ersten Facharztweiterbildung angerechnet würden.

Für alle Aufgaben rund um die Weiterbildung ist die Abteilung 1 zuständig. Sie wird auch als Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung bezeichnet. Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten eng zusammen mit ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten, die sich in sechs Weiterbildungsausschüssen mit ihrem medizinischen Wissen und ihren Kenntnissen über die Berliner Versorgungsstrukturen einbringen.



Die ärztliche Weiterbildung ist beratungsintensiv: Sören Zappe hat Fragen zu seiner Prüfung im Fach HNO. Kammermitarbeiterin Tina Zerriffi hilft ihm weiter.

Das Wann, Wie, Wo und Was der Weiterbildung

Nach Abschluss der ärztlichen Ausbildung, des Medizinstudiums, hat die/der frisch gebackene Ärztin/Arzt nicht nur die Approbation zu beantragen, sondern zudem die wichtige Entscheidung zu treffen, in welcher Facharzttrichtung sie/er sich weiterbilden möchte. Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin besteht die Wahlmöglichkeit zwischen über 40 verschiedenen Facharztweiterbildungen. Zu entscheiden ist, ob die Weiterbildung in einer großen Klinik oder lieber in einem kleinen Haus stattfinden soll oder ob mit der Weiterbildung lieber bei einer Befugten/einem Befugten im ambulanten Bereich begonnen wird.

Weiterbildung erfolgt unter Anleitung von zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten nach einem strukturierten Plan im Rahmen der Berufsausübung. Für viele ist der Erwerb einer Facharztbezeichnung der erste Schritt. Darauf aufbauend können zusätzlich Schwerpunkt- sowie Zusatz-Bezeichnungen erworben werden.

Ein Blick in die Weiterbildungsordnung (WbO) lohnt sich, denn dort sind die Weiterbildungsregularien fixiert. Die Vorgaben für die Facharztweiterbildungen finden sich im Teil B. Dort steht, was im Rahmen der Weiterbildung zu erlernen ist, in welcher Mindest-Weiterbildungszeit unter Beachtung welcher Rotationen. Der vorangehende Teil A umfasst die Regularien. Dass die Weiterbildung kontinuierlich zu dokumentieren ist, zum einen im

Die Abteilung 1 in Zahlen

Die Abteilung hat 23 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon fünf Ärztinnen.

2015 wurden

- 1.220 Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin erteilt,
- 1.260 Weiterbildungs-Prüfungen durchgeführt,
- 258 Entscheidungen zur Anerkennung von Weiterbildungszeiten gefällt,
- 270 Bescheide zur Frage der Anerkennung von Teilzeittätigkeiten für die Weiterbildung erstellt,
- 427 Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung erteilt.

In Umsetzung der Vorgaben der EU-Richtlinie 2005/36/EG wurden

- 29 EU-Anerkennungen automatisch anerkannt,
- 5 EU-Anerkennungen auf Gleichwertigkeit geprüft.

Die Überprüfung der Gleichwertigkeit von Drittstaaten-Anerkennungen (die Möglichkeit der Beantragung ist seit 2014 gesetzlich vorgeschrieben).

- Bearbeitung von 37 Anträgen:
 - in 13 Fällen wurde die Gleichwertigkeit festgestellt,
 - in einem Fall wurde wegen wesentlicher Defizite eine Kenntnisprüfung durchgeführt,
 - 7 Anträge wurden umgeändert in Anträge auf Anerkennung von Weiterbildungszeiten aus dem Ausland.

In der Zuständigkeit für das Thema Strahlenschutz hat die Abteilung 1 im Jahr 2015

- 644 Fachkunden nach der Röntgenverordnung und
- 9 Fachkunden nach der Strahlenschutzverordnung bescheinigt.

Seit August 2015 organisiert die Abteilung 1 zudem Fachsprachprüfungen zum Nachweis der Sprachkompetenz von zugewanderten Ärztinnen und Ärzten für die Erteilung der Approbation.

- 52 Fachsprachprüfungen wurden 2015 durchgeführt.
- 215 Fachsprachprüfungen wurden bis September 2016 durchgeführt.

Wenn Sie mehr zu den Zahlen wissen wollen, beispielsweise eine genauere Aufschlüsselung der erworbenen Facharztanerkennungen, finden Sie diese Informationen in den auf der Homepage der Ärztekammer Berlin eingestellten Tätigkeitsberichten.

sogenannten Logbuch und zum anderen durch Weiterbildungszeugnisse, ist ebenfalls im Paragraphenteil der Weiterbildungsordnung nachzulesen. Zum Abschluss der Weiterbildung ist eine mündliche Prüfung vor einem Prüfungsausschuss der Ärztekammer Berlin zu bestehen. Die Urkunde wird dem Kandidaten nach bestandener Prüfung üblicherweise direkt ausgehändigt.

Um die Weiterbildung leiten zu können, benötigt eine Ärztin/ein Arzt die

Befugnis zur Leitung der Weiterbildung.

Die Ärztekammer erteilt die Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung und legt damit fest, welche Ärztinnen und Ärzte wie lange weiterbilden dürfen. Jeder Antrag wird samt eingereicherter Unterlagen strukturiert vorgeprüft. Relevant sind die personelle und technische Ausstattung der Wirkstätte, das Leistungsspektrum, die Organisationsstruktur und die Leistungszahlen des Antragstellers.

Der zuständige Weiterbildungsausschuss erarbeitet für jeden Befugnis Antrag unter Einbezug der Vorprüfungsergebnisse und der Befugnis-kriterien eine Empfehlung für den Vorstand. Im Fall offener Fragen zu Struktur, Spektrum, Ausstattung oder auch zu organisatorischen Aspekten wird ein Termin zur Begehung der Stätte vereinbart. 2015 wurden 23 Begehungen durchgeführt.

Die durch die Ärztekammer Berlin erteilten Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung sind über die Homepage öffentlich zugänglich. Eine gezielte Recherche ist in dem Befugtenverzeichnis durch differenzierte Suchangaben möglich. Auch die durch den Vorstand beschlossenen Befugnis-kriterien sind über die Homepage einsehbar.

Erteilte Befugnisse müssen regelmäßig hinsichtlich eines gegebenenfalls erforderlichen Anpassungsbedarfs überprüft werden. Diese Überprüfungen erfolgen anlassbezogen wie auch regelmäßig in vereinbarten Intervallen. Der Aufwand der Befugnisüberprüfung ist, wie sich zeigt, gerechtfertigt, da zur Weiterbildung Befugte ihre Pflicht oft vernachlässigen,



Catharina Döring-Wimberg, Leiterin der Abteilung 1

relevante Änderungen beispielsweise zum Leistungsspektrum oder Tätigkeitsumfang anzuzeigen.

Anerkennung von Bezeichnungen nach der WbO

Gut, dass Berufsanfänger immer häufiger die Beratungsmöglichkeiten zur Weiterbildung nutzen. Frühzeitiges Nachfragen ist hilfreich für die Planung, nicht nur der Weiterbildung, sondern auch der persönlichen Lebenswege.

Wenn die geforderten Weiterbildungszeiten und -inhalte erfüllt sind, kann sich zur Facharztprüfung angemeldet werden. Diese Antragstellung erfolgt mithilfe eines online-gestützten Antragsystems. Der Antrag selbst ist persönlich unterzeichnet mitsamt den erforderlichen Nachweisen bei der Ärztekammer Berlin einzureichen. Durch die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden diese Anträge gesichtet, bei Bedarf Unterlagen nachgefordert und für die Ehrenamtsvertreter aufgearbeitet. Die Weiterbildungsausschüsse fällen die Entscheidungen über die Prüfungszulassung.

Die Organisation der Prüfungen ist aufwendig. Die Regeln zur Zusammensetzung des Prüfungsausschusses sind in der Weiterbildungsordnung fixiert. Befangenheitskonstellationen sind zu vermeiden. Die Einladung zur Prüfung erhält die

Prüfungskandidatin/der Prüfungskandidat mindestens zwei Wochen vor dem Termin.

Da mehr als 100 Bezeichnungen nach der WbO erwerbbar sind, hat die Ärztekammer Berlin zum Zweck der Prüfungsabnahme ein Vielfaches an Prüfern berufen. Die Prüfer für die Weiterbildungsprüfungen sind in jeder Amtsperiode neu durch die Delegiertenversammlung zu wählen. Mehr als 1.000 Prüferwahlvorschläge werden zu Beginn jeder Amtsperiode durch das Haupt- und Ehrenamt aufbereitet. Der Bedarf an weiteren Prüfern führt in der Regel zweimal jährlich zur Nachwahl von Prüfern durch die Delegiertenversammlung.

Jährlich werden über 1.200 Prüfungen nach der Weiterbildungsordnung organisiert. Es handelt sich um mündliche Prüfungen, deren Dauer mindestens 30 Minuten beträgt. Die Nichtbestehensquote liegt bei 4 bis 6 %. Um die Qualität der mündlich durchzuführenden Weiterbildungsprüfungen zu sichern, wurde 2013 mit einem Prüferschulungsangebot zum Thema Regularien, Didaktik sowie Qualität mündlicher Prüfungen begonnen.

Zu bearbeiten sind auch Anträge von Ärztinnen und Ärzten, die sich im Ausland weitergebildet haben. Die Überprüfung dieser Anträge auf Anerkennung von bereits im Ausland erworbenen Qualifikation (§§ 19 bis 20 der Weiterbildungsordnung) oder im Ausland geleisteten Weiterbildungszeiten geht mit einem sehr hohen Zeit- und Arbeitsaufwand einher. Im Rahmen der Bearbeitung sind die Dokumente auf Inhalte, Echtheit und Plausibilität zu überprüfen. Um eine gleichhohe Qualität für diese im Ausland erworbenen Qualifikationen gewährleisten zu können, sind oft sehr aufwendige Recherchen erforderlich.

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin (KoStA)

Auf Beschluss des Vorstands ist die gemeinsam von der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin getragene Koordinierungsstelle bei der Ärztekammer Berlin angesiedelt. Die KoStA nimmt die Aufgaben wahr, die in

einer bundesweit geltenden Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung festgelegt sind. Das Angebot umfasst neben der Beratung, die Bereitstellung von Informationen auf der Homepage der Ärztekammer Berlin wie auch Informationsveranstaltungen rund um das Gebiet Allgemeinmedizin. Durch die KoStA wurde die Gründung von 13 Weiterbildungsverbänden für die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin in Berlin initiiert und begleitet, an denen mehr als 100 Praxen und 40 Krankenhäuser beteiligt sind.

Neben diesen durch die Abteilung zu leistenden Routineaufgaben sind auch immer wieder Sonderprojekte zu entwickeln und umzusetzen.

Evaluation der Weiterbildung

Auf Beschluss des Vorstands wurden 2009 und 2011 Evaluationen der Weiterbildung durchgeführt. Aktuell wird erneut eine Evaluation der Weiterbildung durchgeführt, die in der ersten Jahreshälfte 2017 ausgewertet wird. (S. hierzu auch S. 15)

Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung

Auch die Fortentwicklung der Weiterbildungsordnung gehört zu den Aufgaben

der Ärztekammer. 2012 wurde durch die Bundesärztekammer (BÄK) initiiert, die Muster-Weiterbildungsordnung umfassend zu novellieren. Bei der Begleitung dieses Vorhabens sind die hauptamtlichen und ehrenamtlichen Mitarbeiter gefordert. Dokumente, Entwürfe, Kommentierungen sind unter Nutzung einer elektronischen Plattform zu sichten, nachzuerfolgen und für das Ehrenamt zusammenzustellen, um letztlich adäquat sachlich-fachlich kommentieren zu können. Die BÄK geht davon aus, das Novellierungsverfahren frühestens im Jahr 2018 abzuschließen. Diese Sicht ist als optimistisch einzustufen.

Die Muster-Weiterbildungsordnung ist eine Richtlinie. Die Vertreter der Weiterbildungsausschüsse und der Delegiertenversammlung jeder Landesärztekammer setzen sich damit auseinander und prüfen, inwieweit die Muster-Weiterbildungsordnung für ihre eigene Weiterbildungsordnung übernommen werden soll. Abweichungen in der Umsetzung kommen vor, daher lohnt der vergleichende Blick in die Weiterbildungsordnung bei einem Bundeslandwechsel.

Weitere Zuständigkeiten

Die Abteilung 1 hat neben der Weiterbildung noch diverse andere Zuständig-

keiten. Wenn Sie beispielsweise für Ihre Tätigkeit in der Notfallaufnahme die Fachkunde Notfalldiagnostik nach der Röntgenverordnung benötigen, wenden Sie sich hierzu ebenfalls an die Abteilung 1.

Strahlenschutz

Bei der Anwendung von Röntgenstrahlen, radioaktiven Stoffen oder ionisierenden Strahlen ist der Strahlenschutz zu beachten. Nach den Regelungen der Röntgenverordnung (RöV) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) benötigen Ärztinnen und Ärzte hierfür eine Fachkunde im Strahlenschutz. Auch diese Aufgabe, die der Ärztekammer Berlin von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales übertragen worden ist, wird gemeinsam von Haupt- und Ehrenamt geleistet. Zu diesem Zweck sind als Ehrenamtsvertreter ein Beauftragter für Strahlenschutz und zwei Stellvertreter berufen.

Für den Erhalt einer Fachkunde sind gezielte Schulungen, ein Sachkundezeugnis sowie die Teilnahmebestätigung der erforderlichen Kurse im Strahlenschutz nachzuweisen sowie ggf. ein Fachgespräch vor einem Prüfungsausschuss zu bestehen.

Die Anträge werden von Haupt- und Ehrenamt geprüft. Bei Erfüllung der Anforderungen erhält der Antragsteller ei-

ne Bescheinigung über die Fachkunde. Um fachkundig zu bleiben, ist alle fünf Jahre eine Aktualisierung durch Wahrnehmung eines Kurses erforderlich. Das Verpassen dieser Frist führt häufig zu Anfragen. Beratungsbedarf besteht beispielsweise auch zur Frage, welche Voraussetzungen für die Nutzung der Teleradiologie erfüllt sein müssen.

Gutachterverzeichnis

Die Ärztekammer Berlin ist gemäß § 5 Satz 1 des Berliner Kammergesetzes verpflichtet, auf Verlangen von Behörden Gutachter zu benennen. Zu diesem Zweck wird auf der Homepage der Ärztekammer Berlin ein Online-Suchportal für medizinische Gutachter angeboten. Darüber hinaus werden jährlich ca. 100 bis 150 schriftliche Gutachtenanfragen beantwortet. Die Bearbeitung der Aufnahmeanträge von Ärztinnen und Ärzten sowie die Pflege der Daten von aktuell ca. 350 Gutachtern im Verzeichnis obliegt ebenfalls der Abteilung 1.

Fachsprachprüfungen

Seit August 2015 ist die Abteilung 1 zudem mit der neuen Aufgabe, der Durchführung



Die Durchführung der Fachsprachprüfungen gehört zu den neueren Aufgaben der Abteilung 1.

von Fachsprachprüfungen, betraut worden. Für die Erteilung einer Approbation bzw. Berufserlaubnis gilt als Voraussetzung, dass der Arzt über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt (§ 3 der Bundesärzteordnung). Lange Zeit reichte den Approbationsbehörden der Nachweis auf B2-Niveaus (orientiert am sog. Gemeinsamen europäischen Referenzrahmen – GER).

Im Juni 2014 hat die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen“ zum Zweck des Patientenschutzes beschlossen, die sich für ausländische Ärzte am Sprachniveau C1 orientieren. Die Bundesländer wurden aufgefordert, diese Eckpunkte umzusetzen. In Berlin liegt die Zuständigkeit für Approbationsverfahren beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo). Seit Juli 2015 ist bei unzureichenden Sprachkenntnissen ein GER-B2-Zertifikat nachzuweisen und nachfolgend eine sogenannte Fachsprachprüfung zu bestehen. Für die Durchführung der Fachsprachprüfung ist die Ärztekammer Berlin zuständig. Diese Aufgabe wurde der Ärztekammer Berlin durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales zum 11. August 2015 übertragen.

Die Organisation der Fachsprachprüfungen ist aufwendig. Es handelt sich um eine

einstündige Prüfung bestehend aus drei Teilen – zwei mündlichen Teilen und einem schriftlichen Teil. Die Fachsprachprüfungen finden üblicherweise, in Abhängigkeit von den Anmeldezahlen, einmal im Monat statt. In Anlehnung an das Prüferqualifizierungskonzept für Weiterbildungsprüfungen wurde ein Schulungsangebot entwickelt, an dem alle gewählten Prüfer vor Abnahme der ersten Fachsprachprüfungen teilnehmen.

Lange Beratungstage

Der Beratungsnachmittag neigt sich dem Ende zu, es ist schon kurz nach 19 Uhr. Eine Ärztin steht am Besucher-Laptop der Abteilung. Die Beratung hat ergeben, dass sie die Bedingungen für die Anmeldung zur Facharztprüfung aller Wahrscheinlichkeit nach erfüllt. Nun stellt sie den Antrag unter Nutzung des auf der Homepage der Ärztekammer Berlin zur Verfügung gestellten Formulars. Die sie beratende Mitarbeiterin der Ärztekammer Berlin kann sie für den Fall, dass weitere Fragen auftauchen, erneut ansprechen. Den Informationsflyer für Prüfungskandidaten hat sie schon eingesteckt. Für sie hat nun die letzte Etappe bis zum Erhalt der Facharztanerkennung begonnen.

Dr. med. Catharina Döring-Wimberg
Leiterin der Abteilung 1 Weiterbildung/
Ärztliche Berufsausübung
Ärztekammer Berlin

Sprechzeiten der Abteilung 1

Haben Sie Fragen zur ärztlichen Weiterbildung? Dann nutzen Sie gern unsere telefonischen oder persönlichen Sprechzeiten.

Telefonzeiten:

Montag und Freitag
von 9:00 - 12:00 Uhr
Dienstag und Donnerstag
von 14:00 - 17:00 Uhr

Service-Besuchszeiten können ohne vorherige Terminvereinbarung genutzt werden:

Mittwoch von 14:00 bis 19:30 Uhr
Donnerstag von 9:00 bis 13:00 Uhr

Ebenfalls können Anfragen per E-Mail an die Abteilung gerichtet werden:
weiterbildung@aekb.de

Neues Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten

Das Berliner „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (PsychKG)¹ ist am 29.06.2016 in Kraft getreten und hat das bisherige „Gesetz für psychisch Kranke“ (PsychKG alte Fassung) abgelöst. Die Neuregelung dient insbesondere der Umsetzung der nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung an eine ärztliche Zwangsbehandlung zu stellenden Anforderungen. Zudem soll nach der Gesetzesbegründung² den aktuellen Erfordernissen des psychiatrischen Versorgungssystems Rechnung getragen werden. Neben Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Personen und deren Unterbringung aufgrund einer Selbst- oder Fremdgefährdung wird auch die Unterbringung mit strafrechtlichem Bezug (anders als bislang) eigenständig geregelt. Wichtige Eckpunkte des neuen Gesetzes werden nachfolgend dargestellt.

Von Klaus Schmitt

Hilfen im Rahmen der bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung

Die Sicherstellung und die Koordination der bedarfsgerechten psychiatrischen Versorgung erfolgt auch nach der Neuordnung durch die Bezirke in ihrem örtlichen Zuständigkeitsbereich. Als Bestandteile der bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung sieht das Gesetz zunächst Hilfen und sog. niederschwellige Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einer Suchterkrankung oder geistigen Behinderung vor. Durch Kontakt- und Beratungsstellen soll auf eine frühzeitige ambulante Versorgung und die Abstimmung individueller Hilfsangebote hingewirkt werden, um eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten und eine stationäre Behandlung oder Unterbringung entbehrlich zu machen. In dem bezirklichen Hilfesystem kommt den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten³ der Gesundheitsämter (auch weiterhin) eine Schlüsselrolle zu. Deren Aufgaben und Befugnisse werden durch das neue Gesetz erstmals detailliert geregelt.

Sozialpsychiatrische Dienste: Beratung, Hilfevermittlung, Krisenintervention

Neben der eigenen Beratung und der Vermittlung ambulanter Hilfen zählt hierzu das Vorgehen bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Selbst- oder Fremdgefährdung infolge einer psychischen Erkrankung. Die Dienste können in diesem Fall die betreffende Person auffordern, sich beraten und ärztlich untersuchen zu lassen sowie mit Einwilligung der oder des Betroffenen selbst eine ärztliche Beratung und Untersuchung (ggf. im Wege des Hausbesuchs) durchführen. Die ärztliche Untersuchung kann notfalls – bei anzunehmender Selbst- oder Fremdgefährdung und fehlendem Einverständnis des Betroffenen – auch durch polizeiliche Vorführung ermöglicht werden. Wird durch die Untersuchung eine psychische Erkrankung festgestellt und ist zu befürchten, dass die Person sich selbst erheblichen Schaden zufügen oder bedeutende Rechtsgüter Dritter erheblich gefährden wird, so ist die Person nach Mitteilung der Untersuchungsergebnisse aufzufordern,

sich in ambulante oder stationäre Behandlung zu begeben. Kommt der oder die Betroffene dem nicht nach, so hat der zuständige Dienst zu prüfen, ob die Voraussetzungen einer Unterbringung zur Gefahrenabwehr vorliegen.

Unterbringung zur Gefahrenabwehr

Eine solche Unterbringung – d. h. die Einweisung in eine stationäre Einrichtung gegen oder ohne den Willen der betroffenen Person – ist nur unter engen Voraussetzungen zulässig: Es muss infolge einer psychischen Erkrankung von einem unmittelbar bevorstehenden Schaden stiftenden Ereignis auszugehen sein, welches eine erhebliche Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der psychisch erkrankten Person oder für besonders bedeutende Rechtsgüter Dritter begründet. Zur Abwendung dieser akuten Gefahr müssen ambulante oder teilstationäre Behandlungsmaßnahmen ausscheiden. Das Gesetz stellt zudem klar, dass die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, allein keine Unterbringung rechtfertigt.

Liegt die genannte Gefahrensituation dagegen vor, dient die Unterbringung zugleich der Behandlung der psychischen Anlasserkrankung im Interesse der betroffenen Person. Diese hat einen Anspruch auf psychiatrische Behandlung entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und unter Wahrung ihres Persönlichkeitsrechts. Die Unterbringung erfolgt in psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen von Krankenhäusern oder in geeigneten Heimen, die bestimmten baulichen, organisatorischen und personellen Anforderungen genügen müssen, die durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales bestimmt und mit hoheitlicher Gewalt beliehen werden.

Angeordnet wird die Unterbringung auf Antrag des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes durch das zuständige Betreuungsgericht (Amtsgericht). Besteht dringender Verdacht für das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen und kann eine richterliche Entscheidung nicht rechtzeitig herbeigeführt werden, so ist ei-

¹ Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, S. 336 ff.

² Drucksache 17/2696 des Abgeordnetenhauses von Berlin, Seite 61.

³ Neben den Sozialpsychiatrischen Diensten, geleitet von einer Fachärztin/einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sieht das Gesetz eigene Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste der Gesundheitsämter vor, die unter der Leitung einer Fachärztin/eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entsprechende Aufgaben bei Kindern und Jugendlichen wahrnehmen.

ne vorläufige Unterbringung bis zum Ablauf des nächsten Tages zulässig. Eine gerichtliche Entscheidung ist in diesem Fall unverzüglich herbeizuführen. Die Unterbringung ist zu beenden, sobald die o. g. Voraussetzungen (etwa infolge der erfolgreichen Behandlung der Anlasserkrankung) nicht mehr vorliegen.

Aufklärung und Behandlung untergebrachter Personen

Die Aufklärung und Behandlung untergebrachter Personen wird in dem neuen Gesetz umfassend geregelt. Soweit es ihr oder sein Gesundheitszustand gestattet, ist die Patientin/der Patient bei der Aufnahme durch eine Ärztin/einen Arzt über eigene Rechte und Pflichten, gerichtlichen Rechtsschutz und die Möglichkeit der Beschwerde in verständlicher Weise aufzuklären. Die Aufklärung ist bei fehlender Einsichtsfähigkeit nachzuholen, sobald dies möglich ist. Sie ist zu dokumentieren und durch die Unterschrift der Ärztin/des Arztes zu bestätigen. Weiterhin normiert das Gesetz die ärztliche Aufklärungspflicht hinsichtlich aller diagnostischen Erkenntnisse und vorgesehenen Behandlungen.

Das Aufklärungsgespräch ist so zu führen, dass die untergebrachte Person die Bedeutung ihrer Erkrankung und die vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen verstehen und eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. Denn auch im Rahmen der Unterbringung gilt der Grundsatz, dass eine ärztliche Maßnahme nur durchgeführt werden darf, wenn die Patientin/der Patient darin eingewilligt hat. Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ist der mutmaßliche Patientenwille durch die Betreuerin/den Betreuer und die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt zu ermitteln (§§ 1901a, 1901b BGB). Die in einer Patientenverfügung oder als natürlicher Wille (d. h. im Zustand der Einwilligungsunfähigkeit) zum Ausdruck gebrachte Ablehnung der Behandlung ist grundsätzlich zu beachten.

Zulässigkeit einer sog. Zwangsbehandlung

Als Ausnahme von diesem Grundsatz regelt das Gesetz die Zulässigkeitsvoraus-

setzungen einer sog. Zwangsbehandlung, d. h. einer Behandlungsmaßnahme, welcher die einwilligungsunfähige Patientin/der einwilligungsunfähige Patient mit natürlichem Willen widerspricht. Die Neuregelung setzt damit die nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts an eine solche Behandlung zu stellenden Anforderungen um.⁴

Eine sog. Zwangsbehandlung darf zunächst nur vorgenommen werden, um die Einwilligungsfähigkeit der Patientin/des Patienten zu begründen oder wiederherzustellen. Die Behandlung muss sich also auf die psychische Anlasserkrankung beziehen und zum Ziel haben, die gesundheitlichen Voraussetzungen für eine freie Willensentscheidung der Patientin/des Patienten zu schaffen. Zur Erreichung dieses Ziels muss die konkrete Behandlungsmaßnahme das mildeste Mittel sein und ihr Nutzen muss die Belastung für die Betroffene/den Betroffenen erheblich überwiegen. Zuvor muss der eingehende Versuch, eine auf Vertrauen gegründete Einwilligung in die Behandlung zu erreichen, erfolglos geblieben sein. Weiterhin ist die untergebrachte Person über die Behandlungsmaßnahme vorab aufzuklären, die Behandlung ist zeitlich zu befristen und nach ihrer Beendigung mit der untergebrachten Person zu besprechen und umfassend zu dokumentieren.

Die Durchführung der Behandlungsmaßnahme unterliegt dem Richtervorbehalt, d. h. es ist die vorherige Zustimmung des Betreuungsgerichts erforderlich. Eine Ausnahme hiervon gilt nur bei Notfallsituationen, d. h. für Behandlungsmaßnahmen, die zur Lebensrettung oder zur Abwendung einer erheblichen Gesundheitsgefahr für die Betroffene/den Betroffenen akut erforderlich sind. Eine solche Notfallbehandlung kann ärztlicherseits angeordnet werden, die Genehmigung des Betreuungsgerichts ist sodann unverzüglich einzuholen.

Strafrechtsbezogene Unterbringung

Die durch das Strafgericht angeordnete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB) oder in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) erfolgt im Land Berlin im Krankenhaus des Maßregelvollzugs. Nach der bisherigen Regelung waren hier die Vorschriften über die Unterbringung zur Gefahrenabwehr entsprechend anzuwenden. Aufgrund der unterschiedlichen Belange beider Unterbringungsarten wird deren Ausgestaltung nunmehr eigenständig geregelt.

Dem liegt nach der Gesetzesbegründung⁵ die Erwägung zugrunde, dass die strafrechtsbezogene Unterbringung aufgrund des hier verfolgten Zwecks – der neben der Rehabilitation darin besteht, die Allgemeinheit vor der Begehung weiterer rechtswidriger Taten durch die Betroffenen zu schützen – unter restriktiveren Bedingungen erfolge und damit zusätzliche Eingriffsbefugnisse erfordere. Andererseits sei zu berücksichtigen, dass die Therapieziele, etwa aufgrund nicht vorhandener Krankheitseinsicht der Betroffenen, hier oftmals unterschiedlich gelagert sind, und dass die ggf. langjährige Dauer der Unterbringung weitergehende Angebote, etwa hinsichtlich wertschöpfender Arbeit und Freizeitgestaltung, erfordert. Die Neuregelung zielt darauf ab, diesen Unterschieden Rechnung zu tragen und auch für die Ausgestaltung der strafrechtsbezogenen Unterbringung die erforderlichen Rechtsgrundlagen bereitzustellen.

Für weitergehende Fragen und eine berufsrechtliche Beratung stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Abteilung Berufsrecht unseren Kammermitgliedern gerne zur Verfügung.

Verfasser:
Klaus Schmitt, LL.M. (Wellington)
Assessor jur., Abteilung Berufsrecht
der Ärztekammer Berlin

⁴ BVerfGE, Beschlüsse vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09), 12.10.2011 (2 BvR 633/11) und 20.02.2013 (2 BvR 228/12). Den Vorgaben des BVerfG ist der Bundesgerichtshof (Beschlüsse vom 20.06.2012, XII ZB 99/12 und XII ZB 130/12) für das Betreuungsrecht gefolgt. Hierauf hat der Bundesgesetzgeber im Februar 2013 mit der betreuungsrechtlichen Neuregelung in § 1906 BGB reagiert (BGBl. I S. 266). Mit dem Neuerlass des Berliner PsychKG werden die verfassungsgerichtlichen Vorgaben nunmehr auch für die gefahrenabwehrrechtliche und strafrechtsbezogene Unterbringung psychisch kranker Personen umgesetzt.

⁵ Oben, Fn. 2, Seite 64 ff., 102 ff.

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Juli und August 2016 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Deniz Akdere	FA Allgemeinmedizin	05.07.16
Dr. med. Nina Albrecht	FA Innere Medizin	20.07.16
Dr. med. Martin Alex Pellegrin	FA Innere Medizin	17.08.16
Dr. med. Leila Baker	FA Innere Medizin	20.07.16
Elke Beyer	FA Radiologie	31.08.16
Dr. med. Mathias Bock	FA Innere Medizin und Pneumologie	21.07.16
Movsar Borshchigov	FA Allgemeine Chirurgie	19.07.16
Henrik Breitzfeld	FA Anästhesiologie	02.08.16
Dr. med. Juliane Buchkremer	FA Innere Medizin	20.07.16
Dr. med. Diana Burdack	FA Innere Medizin	17.08.16
Dr. med. Katharina Burger	FA Anästhesiologie	02.08.16
Jochen Bürkle	FA Arbeitsmedizin	16.08.16
Christos Chamalis	FA Augenheilkunde	24.08.16
Fabian Danger	FA Allgemeinmedizin	05.07.16
Shahrasad Dia	FA Kinder- und Jugendmedizin	27.07.16
Dr. med. Susanne Diehl	FA Viszeralchirurgie	12.07.16
Dr. med. Martin Dinges	FA Psychiatrie und Psychotherapie	19.07.16
Dobromir Dobrev	FA Innere Medizin	03.08.16
Dr. med. Anna-Lena Dogan	FA Innere Medizin	17.08.16
Alena Duness	FA Allgemeinmedizin	02.08.16
Marina Egorova	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.08.16
Dr. med. Michaela Ender	FA Strahlentherapie	20.07.16
Dr. med. Christian Feller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.07.16
Sonja Fiedler de Alvarado	FA Anästhesiologie	23.08.16
Dr. med. Sabine Fotuhi	FA Radiologie	31.08.16
Dr. med. Katharina Godolias	FA Gefäßchirurgie	25.07.16
Monica-Laura Gross	FA Innere Medizin und Nephrologie	03.08.16
Dr. med. Judith Grüner	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.07.16
Dr. med. Myriam Hatry	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	06.07.16
Dr. med. Juliane Hays	FA Anästhesiologie	23.08.16
Dr. med. Roshan Henneberg	FA Allgemeinmedizin	05.07.16
Dr. med. Stefanie Herbert	FA Nuklearmedizin	13.07.16
Dr. med. Jöran-Peter Herding	FA Anästhesiologie	22.08.16
Saskia Hoffmann	FA Innere Medizin	07.07.16
Dr. med. Jens Konitzer	FA Nuklearmedizin	13.07.16
Dr. med. Jan Heinrich Kaufmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	06.07.16
Tara Khaffaf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.08.16
Dr. med. Valerie Kirchberger	FA Kinder- und Jugendmedizin	27.07.16
Dr. med. Gesine Knobloch	FA Radiologie	31.08.16

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Annette Kathrin Koch	FA Innere Medizin und Kardiologie	06.07.16
Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Köhler	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.07.16
Dr. med. Gerold Koplin	FA Viszeralchirurgie	12.07.16
Dr. med. Uwe Kuschel	FA Viszeralchirurgie	12.07.16
Dr. med. Sebastian Kuss	FA Innere Medizin	03.08.16
Juliane Lange	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.08.16
Dr. med. univ. Linda Lechner	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	18.08.16
Dr. med. Christine Lenz	FA Innere Medizin	07.07.16
Dr. med. Marcus Lessidrensky	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	13.07.16
Dr. med. Peter Liman	FA Innere Medizin	21.07.16
Robert Maj	FA Radiologie	27.07.16
Dr. med. Katrin Markwardt	FA Innere Medizin	17.08.16
Dr. med. Julian Maroski	FA Neurologie	12.07.16
Matthias Marschner	FA Innere Medizin	20.07.16
Rowena Matthews	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.07.16
Dr. med. Viola Mehler	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	06.07.16
Melkon Melkonian	FA Innere Medizin	17.08.16
Elina Melnikova	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.07.16
Dr. med. Viktor Mezger	FA Anästhesiologie	02.08.16
Dr. med. Sebastian Mittelhaus	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.07.16
Dr. med. univ. Markus Walter Moser	FA Innere Medizin	20.07.16
Peter Müller	FA Radiologie	13.07.16
Astrid Nasdal	FA Allgemeinmedizin	02.08.16
Dr. med. univ. Ioannis Passaloglou	FA Gefäßchirurgie	25.07.16
Ruth-Mirjam Pauli	FA Neurologie	16.08.16
Marco Paupers	FA Anästhesiologie	22.08.16
Dr. med. Bastian Philippen	FA Augenheilkunde	24.08.16
Dr. med. Judith Pietzcker	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.08.16
Dr. med. Markus Preiß	FA Radiologie	13.07.16
Dr. med. Sylvia Rothe	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.08.16
Hermann Henning Rune	FA Allgemeine Chirurgie	19.07.16
Dr. med. Mirjam Schädle	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	06.07.16
Dr. med. Dirk Schiller	FA Innere Medizin und Kardiologie	20.07.16
Dr. med. Florian Schlenk	FA Innere Medizin	07.07.16

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	Wb0 Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Henrike Schönborn	FA Neurologie	16.08.16
Dr. med. Stefanie Schönrock	FA Arbeitsmedizin	13.07.16
Dr. med. Nikola Schoofs	FA Psychiatrie und Psychotherapie	09.08.16
Dr. med. Thomas Schulte-Vels	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	06.07.16
Maria Skarlatoudi	FA Innere Medizin und Kardiologie	20.07.16
Dr. med. Sabine Spielmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	25.08.16
Claudia Sprenger	FA Innere Medizin und Kardiologie	06.07.16
Robert Stefaniak	FA Allgemeine Chirurgie	19.07.16
Dr. med. Florian Steiner	FA Innere Medizin	21.07.16
Dr. med. Jana Striefler	FA Innere Medizin	21.07.16
Dr. med. Katharina Strücker	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.07.16
Dr. med. Janis Vahldiek	FA Radiologie	27.07.16
Dr. med. univ. Irena Vitezica	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.07.16

Name Antragsteller	Wb0 Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Maja Vorwerk	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	06.07.16
Dr. med. Alexander Voulgaris	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.07.16
Dr. rer. nat. Giang Lam Vuong	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	20.07.16
Dr. med. Björn Weiß	FA Anästhesiologie	23.08.16
Dr. med. Thomas Werner	FA Viszeralchirurgie	25.07.16
Johannes Weth	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	12.07.16
Marcin Wilczynski	FA Allgemeinmedizin	02.08.16
Dr. med. Andreas Wilhelm	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.07.16

* 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

10/2016 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
Seite 16: © fotolia.com/pathdoc

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