

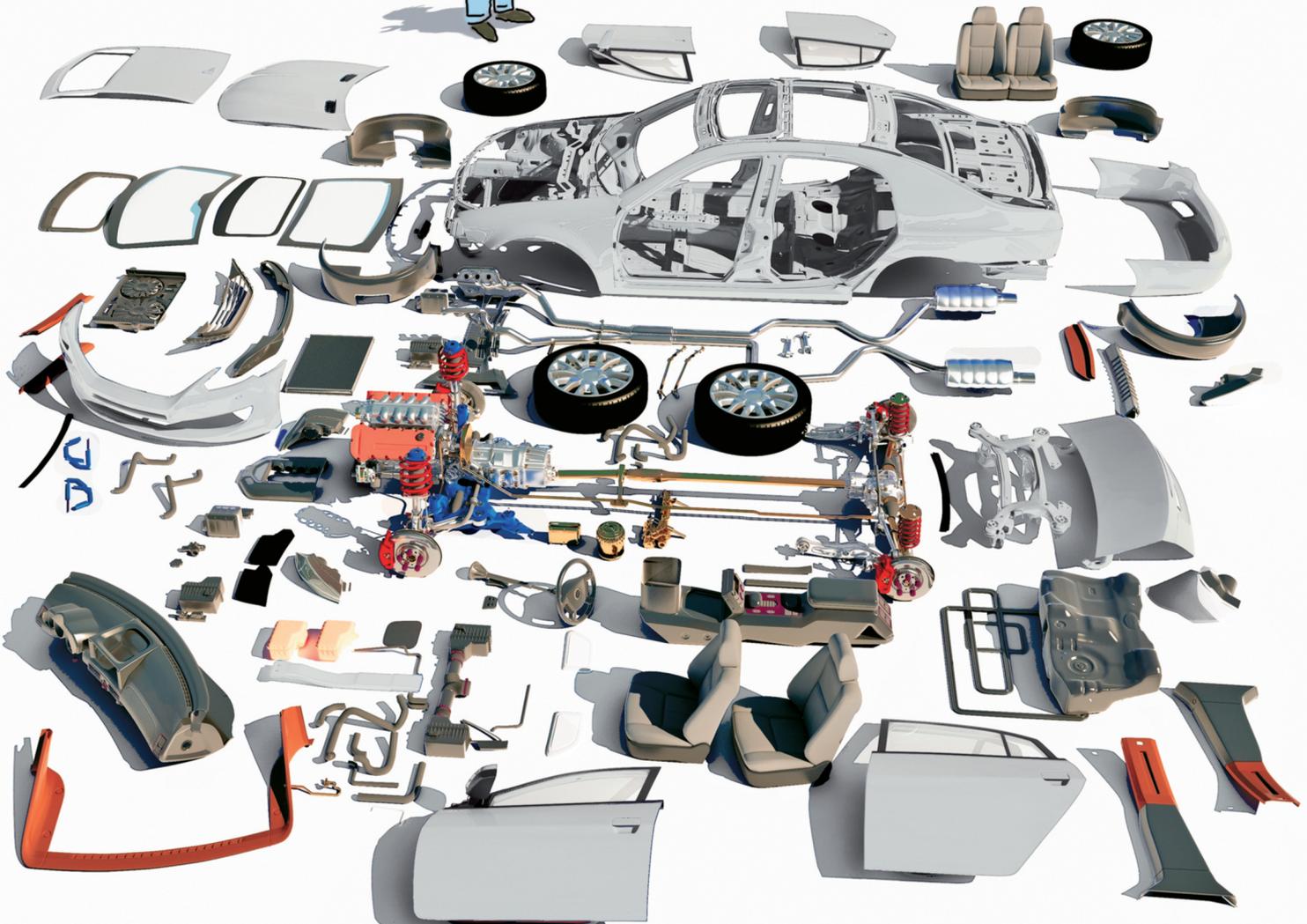
PREVENTING OVERDIAGNOSIS

VORSICHT VOR ÜBERDIAGNOSTIK

Sie glauben ja nicht,
was man alles
findet, wenn man
erstmal dabei ist



Aber...Sie sollten doch
nur eine Durchsicht
machen!!



Migration und Gesundheit – Kommunikation und Haltung ist alles (auch hier)

In Berlin hat aktuell fast jeder dritte Einwohner einen Migrationshintergrund.

Die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten stellt ein Gesundheitssystem vor besondere Herausforderung. Für Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte gehört die Betreuung und Behandlung von Migrantinnen und Migranten heute zum Arbeitsalltag, aber dies ohne dass sie hierzu systematisch in ihrer Aus- und Weiterbildung vorbereitet wurden und werden. Jede Arzt-Patienten-Kommunikation wird durch den Aufbau einer tragfähigen Beziehung, eine gute Verständigung und das erfolgreiche Erfassen des eigentlichen Anliegens des Patienten positiv beeinflusst. Ohne eine effektive Kommunikation ist aber ein notwendiger Vertrauensaufbau nicht möglich. Probleme der Kommunikation und sprachlichen Verständigung mit Migranten bzw. Menschen mit Migrationshintergrund werden seit Beginn der (noch sehr spärlichen) medizinisch-orientierten Migrationsforschung in Deutschland Mitte der 1960er Jahre immer wieder thematisiert. Zahlreiche bereits vorliegende Konzepte werden leider häufig noch einmal „erfunden“ resp. schon einmal gemachte Fehler werden wiederholt! Sprache ist zweifellos wichtig, aber auch dieses wichtigste medizinische Instrument muss Qualitätsanforderungen erfüllen und kann eine ungenügende Haltung zum Thema interkulturelle Öffnung nicht ersetzen. Laiendolmetscher oder Familienangehörige können allenfalls ein Notfallprovisorium sein. Forschungsergebnisse haben vielfach gezeigt, dass nicht ausgebildete oder sog.



Prof. Dr. med. Jalid Sehoul
ist Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie der Charité.



Prof. Dr. med. Matthias David
ist dort Geschäftsführender Oberarzt.

ad-hoc-Dolmetscher keine adäquate Lösung sind. Auch die Interaktion im „Dreiecksgespräch“ muss gelernt sein. In diesem Zusammenhang hilfreich für alle Akteure im Gesundheitswesen wäre eine allgemein zugängliche Datenbank mit „Best practices“ aber auch „gescheiterten (failed)“ Projekten.

Zu den multidimensionalen Lösungsansätzen gehören ebenso Förderungsinitiativen der Personalentwicklung als auch spezifische Programme zur systematischen Fort- und Weiterbildung im

Studium (z.B. KIT-Seminare) und berufsbegleitend (z.B. IPIKA-Konzept der Charité und Alice Salomon-Hochschule). Mit Unterstützung von Senatorin Dilek Kolat und des Ärztekammerpräsidenten Dr. Günther Jonitz wurde vor Kurzem an der Charité eine Geschäftsstelle für interkulturelle Kompetenz im Berliner Gesundheitswesen eingerichtet, die u.a. die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten in den verschiedenen Berufsgruppen bündelt. In Kürze wird eine berlinweite Ärzte-Umfrage zum Thema „interkulturelle Kompetenz“ gestartet. Die Beachtung der Migrationsthematik sollte integraler Teil der von uns so gewünschten personalisierten Medizin sein. Jeder Patient sollte hier unter weitgehender Einbeziehung individueller Faktoren über die reine Krankheitsdiagnose hinaus betrachtet und behandelt werden. Das Thema interkulturelle Öffnung sollte auch unter dem Aspekt der Qualitätssicherung reflektiert werden. Die konsequente Durchsetzung einer Fehler-Kultur im Rahmen des QM würde möglicherweise aufdecken, dass Kommunikations- und Sprachprobleme zwischen medizinischem Personal und Patienten mit Migrationshintergrund zu Verzögerungen in den klinischen Abläufen führen, dass es Probleme bei der Aufklärung vor diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gibt und dass gelegentlich auch unnötige kostenintensive Untersuchungen durchgeführt werden, was z.B. durch eine exakte und ausführliche Anamneseerhebung verhindert werden könnte.

Ziel von Strukturanpassungen innerhalb der Krankenhäuser sollte vor allem eine Erhöhung der Versorgungszufriedenheit bei Patientinnen und Patienten und der Arbeitszufriedenheit beim Personal sein.

Berlin sollte Dynamo einer solchen Entwicklung sein!

Lesen Sie auch auf S. 29 den Bericht zur Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2017.

Zum 80. Geburtstag von Hans-Herbert Wegener

Dr. med. Hans-Herbert Wegener, der am 30. Juli seinen 80. Geburtstag feierte, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten auf vielfältigen Ebenen um die Berliner Medizin und die Ärztekammer Berlin verdient gemacht. In Guatemala geboren und in Leipzig aufgewachsen floh Wegener 1957 in den Westen Deutschlands, um an der FU Berlin Medizin zu studieren. Seine Facharztweiterbildung absolvierte er im Pathologischen Institut des damals noch Städtischen Rudolf-Virchow-Krankenhauses. Bis 1976 arbeitete er dort als Oberarzt, danach wechselte er als Chefarzt zum Pathologischen Institut des Krankenhauses Moabit. Er war in der Zeit von 1982 bis 1987 Ärztlicher Leiter des Krankenhauses. Meine zweite Famulatur durfte ich bei ihm im Sommer 1981 absolvieren. Mein Interesse an der Pathologie war geboren.

Als Assistenzarzt in der Chirurgie des Krankenhauses Moabit durfte ich nicht nur die mit großer Präzision und Relevanz durchgeführten klinisch-pathologischen Konferenzen miterleben, sondern auch seine überlegte und kluge Art, unser Krankenhaus durch bereits damals politisch unruhiges Fahrwasser zu steuern.

Von 1970 bis 1974 und von 1978 bis 2006 war Wegener Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin und engagierte sich über viele Jahre im Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss intensiv in der Berufspolitik. Als langjähriger Vorsitzender der Allianz Berliner Ärzte versuchte er stets, parteipolitische Grenzen zu überwinden. Grenzen überwand Wegener auch mit der Gründung der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft im Jahr 1991, deren 1. Vorsitzender er bis

1999 und dann wieder von 2007 bis 2013 war. Dieser völkerverbindenden Tätigkeit widmete Wegener einen Großteil seiner Freizeit, sodass ihm nur wenig Zeit für seine Leidenschaft, das Musizieren blieb.



Foto: K. Friedrich

2007 erhielt Hans-Herbert Wegener für seine besonderen Verdienste um die Berliner Ärzteschaft als einer der ersten drei Preisträger aus meinen Händen die Georg Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin. Es war mir damals eine große Ehre, so wie es mir heute – zehn Jahre später – eine große Ehre ist, ihm zu seinem runden Geburtstag zu gratulieren. Lieber Herr Wegener, Danke für ihr Vorbild. Sie haben nicht nur mich geprägt.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Hans Hilmar Goebel zum 80.



Foto: privat

Hans Hilmar Goebel wurde am 27. Mai 1937 in Breslau geboren. Während seiner „Lehrjahre“ zwischen 1956 und 1962 studierte er, wie damals üblich, an mehreren Universitäten in Bonn, Marburg, Heidelberg und in West-Berlin. Hier lebte er bescheiden, teils zur Untermiete in verschiedenen Stadtteilen und frequentierte durchaus auch Ost-Berlin, nicht zuletzt um dort für seine Doktorarbeit Fotos anfertigen zu lassen, aber auch aus kulturellen Beweggründen. In Berlin verfasste er auch seine Dissertation an der Freien Universität im Jahre 1962 und begann am Universitätsklinikum Charlottenburg (jetzt DRK Kliniken Westend) seine Ausbildung zum Pathologen bei Prof. J. W. Masshoff, ver-

spürte jedoch sehr bald einen starken Drang sich der Neuropathologie zuzuwenden und tat dies zunächst als Fellow am New York Medical Center (1968-1970). Ab 1971 präzierte sich seine Leidenschaft für die Speichererkrankungen des ZNS und für die Erkrankungen des Neuromuskulären Systems. Er avancierte rasch zum „Assistant Professor“ bei Prof. W. Zeman und kehrte dann nach Deutschland, Göttingen zurück, habilitierte 1976 und wurde 1983 Leiter des Instituts für Neuropathologie in Mainz an der Johannes Gutenberg-Universität, das er bis zu seiner Emeritierung leitete. Er hat zahlreiche fruchtbare Kooperationen aufgebaut, Forscher aus aller Welt bei sich aufgenommen und ausgebildet, und er ist weiterhin unermüdlich darauf bedacht, sich auf Kongressen und Fachtreffen mit den aktuellen Entwicklungen der Myologie und Neuropathologie auseinanderzusetzen. Er ist zudem ein ausgesprochen of-

fener, intensiver und fordernder Lehrer, der es versteht, auf positive Weise seine wissbegierigen Schüler zu Höchstleistungen zu motivieren. Als Berlin-Liebhaber ist Hans Hilmar Goebel nach seiner Emeritierung nach Berlin als Konsiliarius zurückgekehrt. Dabei ist er seit vielen Jahren nicht nur rein beratend tätig, vielmehr kann man ihn als Mentor bezeichnen, der vielen Ärzten des Instituts Türen in wissenschaftliche Kreise geöffnet, Publikationen angestoßen, internationale Kongresse mit organisiert hat und vieles mehr. Trotz und gerade wegen seines fortgeschrittenen Alters ist er ein essentieller Bestandteil des Institutes für Neuropathologie, ein Quell des Wissens, das er gern weitergibt. Wir lernen täglich von Ihm und freuen uns, dass er nicht müde wird uns zu unterstützen. Wir wünschen Hans Hilmar Goebel alles Gute, weiterhin beste Gesundheit und eine fröhliche Zusammenarbeit für die kommenden Jahre.

Die Kolleginnen und Kollegen des Institutes für Neuropathologie



GASTKOMMENTAR.....

Migration und Gesundheit – Kommunikation und Haltung ist alles (auch hier)
 Von *Jalid Sehouli und Matthias David*.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Kritisches Denken im Gesundheits- und Bildungswesen
 BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem *British Medical Journal*.....21

Notfallversorgung wird in der Kammer intensiv diskutiert
 Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. Juli 2017
 Von *Sascha Rudat*.....27

Mehr Wissen, mehr Teilhabe, mehr Gesundheit
 Die Verleihung des Berliner Gesundheitspreises 2017
 Von *Michaela Braun*.....29

TITELTHEMA

Preventing Overdiagnosis

Vom Guten zu viel



Welche diagnostischen Maßnahmen sind sinnvoll, welche nicht? Gegen Überdiagnostik – international zu neuer Beachtung gekommen als „Overdiagnosis“ – hilft die gelassene Kunst des Weglassens. Lesen Sie, was dabei zu beachten ist.

Von *Adelheid Müller-Lissner*..... 14

Darf man in Deutschland zwei Facharzttitle führen?
 Bericht vom Kompaktkurs für ausländische Ärzte in der Kaiserin-Friedrich-Stiftung
 Von *Michaela Braun*.....33

FORTBILDUNG.....

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 24

PERSONALIEN.....

Zum 80. Geburtstag von Hans-Herbert Wegener..... 4

Hans Hilmar Goebel zum 80...... 4

Bestandene Facharztprüfungen Mai/Juni 2017..... 36

Auszeichnung

Deutscher Excellence Preis für den MDK Berlin Brandenburg

Mit dem renommierten Ludwig-Erhard-Preis 2017 wurde der MDK Berlin Brandenburg (MDK BB) in der Kategorie „große Organisationen“ ausgezeichnet. Der Ludwig-Erhard-Preis, der unter der Schirmherrschaft des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie steht, wurde im Juni im Radialsystem in Berlin verliehen. Er honoriert Exzellenz und Spitzenleistungen im Management von Organisationen und bewertet dabei u. a. Bereiche wie Strategie, Kundennutzen, Mitarbeiterorientierung, Prozessoptimierung, Innovation und Nachhaltigkeit. In seiner Laudatio lobte Dr. Wolfgang Schirmer, Leiter Business Excellence/Inhouse Consulting der Rheinmetall AG und Vorsitzender der Jury, vor allem Führung und Teamgeist beim MDK: „Ein gemeinsames Werteverständnis und eine gemeinsame ethische Grundhaltung, beispielhaft vorgelebt durch ein starkes Team aus Geschäftsleitung und Führungskreis, prägen den Umgang der Akteure des MDK miteinander.“ Dr. Axel Meeßen, Geschäftsführer und Leitender Arzt des MDK BB stellte fest: „Als Beratungs- und Begutachtungsunternehmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung tragen wir Mitverantwortung für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung in unserer Region. Wir können gleichzeitig nur dann zu guter Versorgung beitragen, wenn wir den Qualitätsgedanken selbst mit jeder Faser leben.“ Daher sei der Preis „eine herausragende



Auszeichnung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres MDK“. Der MDK BB hat seit 2001 schrittweise ein systematisches Qualitätsmanagement nach dem EFQM-Modell aufgebaut und lässt sich seit 2010 regelmäßig durch unabhängige externe Assessoren der Initiative „Ludwig-Erhard-Preis“ bewerten. Der Preis sei, so Meeßen, Ansporn, weiter auf Qualität zu setzen: „So sehr wir uns über den Ludwig-Erhard-Preis freuen, er ist kein Selbstzweck. Mit Leidenschaft setzen wir uns deshalb unermüdlich weiter für eine gute und gerechte gesundheitliche Versorgung ein.“ Weitere Infos auch unter www.mdk-bb.de sowie unter www.ilep.de

Selbstverwaltung

Dritter KV-Vorstand muss neu gewählt werden

Das Sozialgericht Berlin hat in seiner Sitzung am 5. Juli über die Anfechtungsklage gegen die Vorstandswahl der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin vom 11. Februar 2017 entschieden. Der Kläger, ein Mitglied der Vertreterversammlung der KV, hatte mittels einer Wahlanfechtungsklage die Feststellung begehrt, dass die Wahl sämtlicher Mitglieder des Vorstandes der KV Berlin ungültig sei. In der mündlichen Verhandlung hat er mangels hinreichender Aussichten auf Erfolg sein Begehren im Hinblick auf die Wahl des Vorstandsmitglieds, welches auf der Grundlage von Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu wählen ist, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, nicht aufrechterhalten.

Die Wahl von Dr. Margret Stennes als Mitglied des Vorstandes der KV Berlin ist damit rechtskräftig. Entsprechendes gilt für die Wahl des Vorstandsmitglieds, welches auf der Grundlage von Vorschlägen der Mitglieder der Vertreterversammlung zu wählen ist, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

Für Dipl.-Med. Mathias Coordt, der inzwischen von seinem Amt zurückgetreten ist, war am 18. Mai Dr. Burkhard Ruppert nachgewählt worden. Auch diese Wahl ist rechtskräftig. Lediglich hinsichtlich der Wahl des dritten Vorstandsmitglieds Günter Scherer hat das Sozialgericht Berlin festgestellt, dass diese Wahl vom 11. Februar 2017 ungültig ist. Laut Dr. Christiane Wessel, Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Berlin, wird das Urteil nicht angefochten. Eine erneute Wahl soll am 3. August stattfinden.

Krankenhäuser

Neues Bettenhaus am Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Zwei neue Bettenhäuser entstehen auf dem Gelände des Vivantes Klinikums im Friedrichshain. Das erste wurde nun fristgerecht am 30. Juni feierlich eröffnet. Die hochmodern ausgestatteten Stationen sollen ein angenehmes Ambiente für Patientinnen und Patienten sowie für Beschäftigte schaffen. Das Bauprojekt schafft zudem die Voraussetzungen, um künftig auch die Kliniken aus dem Vivantes Standort Prenzlauer Berg aufzunehmen.

Nach knapp vier Jahren Bauzeit ist im „Krankenhaus für Berlins neue Mitte“ der erste Bauabschnitt pünktlich abgeschlossen worden. In dem neuen Gebäudeflügel sind 180 Betten in modernen 1- und 2-Bett-Zimmern entstanden. Die Investitionsmittel in Höhe von 105 Millionen Euro wurden den Angaben zufolge von Vivantes aus eigener Kraft finanziert.

„Mit dieser Investition in das Klinikum im Friedrichshain trägt Vivantes erheblich zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten bei. Wir haben das Klinikum, ein Haus der Maximalversorgung, mit Spitzentechnologie ausgestattet wie z.B. der modernsten Sauerstoff-Druckkammer weltweit“, erklärte Dr. Andrea Grebe, Vorsitzende der Geschäftsführung von Vivantes.

2019 soll die Sanierung und Erweiterung des traditionsreichen Klinikums im Friedrichshain abgeschlossen werden. Dann werden auch die Kliniken und Stationen des Standortes Prenzlauer Berg dorthin umziehen und vollständig in den Standort Friedrichshain integriert. Mit dem zweiten, noch im Bau befindlichen Gebäudeteil, wird Raum für rund 220 weitere Betten geschaffen.



Integration

MedGuide – Sprachführer für Ärzte auf Deutsch, Arabisch und Farsi

Ein Fachärzte-Team aus Husum/Nordfriesland hat die Erfahrungen aus der Arbeit in den Erstaufnahme-Einrichtungen für Flüchtlinge sowie in der Notaufnahme zusammengetragen. Hierbei waren Ärzte aus den Bereichen Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Hausärzte aus der Region beteiligt.

Über 500 Fragen und Antworten sollen fast jeden Gesundheitsaspekt auf Deutsch, Arabisch und Farsi abdecken. Auf 100 Seiten im Format DIN A4 finden sich zahlreiche Anleitungen mit

aussagekräftigen Illustrationen, die typisch sind für das Gespräch beim Hausarzt, beim Facharzt der Inneren Medizin und im Krankenhaus auf den Stationen sowie in der Notfallambulanz.

Der MedGuide ist unterteilt in:

- Akute Beschwerden,
- Vorgeschichte,
- Körperliche Untersuchungen,
- Therapie und Operation.



Aspekte wie Patienteninformationen und Verhaltensregeln bei bestimmten Erkrankungen und notwendigen hygienischen Maßnahmen runden den MedGuide ab.

Der MedGuide hat keine ISBN und ist versandkostenfrei mit beiliegender Rechnung bei den Projektinitiatoren für 19,90 € unter www.edition-willkommen.de bestellbar. Aus den Erlösen sollen weitere MedGuide-Schwerpunkte (aktuell zur Schwangerschaft/Geburtshilfe) finanziert werden.

Wie ist es um die Menschenwürde bestellt?



Vertreter der Ärztekammer Berlin waren auch beim diesjährigen Hauptstadtkongress wieder sehr aktiv.

An einer Podiumsrunde mit dem Titel „Die Niere von Zimmer sechs – können wir uns Menschenwürde im Gesundheitswesen noch leisten?“ nahm Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz teil. Lag es am bildhaften Titel oder am

prominenten Moderator Eckart von Hirschhausen, die Veranstaltung war mit mehreren Hundert Zuhörern sehr gut besucht – darunter auch Kongresschef Ulf Fink.

Die ethische Frage nach der Menschenwürde im Krankenhaus wirkte im Umfeld des Hauptstadtkongresses zunächst vielleicht etwas deplatziert, das große Interesse der

Zuhörer – bestehend aus Ärzten, Pflege- und Verwaltungspersonal – zeigte aber, dass die Veranstalter damit offenbar einen Nerv getroffen hatten.

Die Podiumsteilnehmer, darunter die ehemalige Familienministerin Ursula Lehr, versuchten sich zunächst an einer Standortbestimmung. Dabei kam man schnell überein, dass die Menschenwürde beim kranken Menschen besonders verletzlich ist.

Jonitz machte darauf aufmerksam, dass Medizin zunächst immer erst einmal die Begegnung zwischen zwei Menschen sei. Diese zwischenmenschliche Dimension sei aber nicht zuletzt durch die Einführung des Fallpauschalensystems immer weiter in den Hintergrund gedrängt worden.

Immer mehr Patienten in immer kürzerer Zeit bei immer weniger Personal – dies führe zwangsläufig zu menschen-

unwürdigen Zuständen. Daher sei dringend ein Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik erforderlich – weg von der Dezimierung und Rationierung hin zur Optimierung (Value based Healthcare). Dem schlossen sich die meisten übrigen Teilnehmer an.

Mit einer ähnlichen Fragestellung – nur unter einem anderen Blickwinkel – beschäftigte sich eine Veranstaltung des Marburger Bundes mit dem Titel „Faktor Zeit – planbare Arbeitszeit, mehr Zeit für Patienten und Weiterbildung“, an der Jonitz ebenfalls beteiligt war.

Vorstandsmitglied Dr. med. Werner Wyrwich moderierte die Veranstaltung „Notfallversorgung im Krankenhaus – immer noch eine Herausforderung“, die sich mit der Frage nach der Notfallkompetenz des medizinischen Personals auf normalen Krankenhäusern befasste.

Musik

IPPNW-Benefizkonzert in der Berliner Philharmonie

Das nächste Benefizkonzert des IPPNW findet am 4. September, 19 Uhr im Kammermusiksaal der Berliner Philharmonie im Rahmen des Musikfestes Berlin zugunsten des World Future Council (WFC) statt. Die Akademie Für Alte Musik Berlin (Foto) und die Sopranistin Sunhae Im führen Werke des Italienischen Frühbarock auf.

Der Gründer des Alternativen Nobelpreises und des World Future Council, Jakob von Uexküll, wird das Konzert mit einer Ansprache – „World Future Council - Stimme zukünftiger Generationen“ – eröffnen. Es handelt sich um eine gemeinsame Veranstaltung von IPPNW-Concerts, Berliner Festspiele / Musikfest Berlin und Stiftung Berliner Philharmoniker.

Foto: Uwe Arens

Karten und Infos: www.ippnw-concerts.de und www.berlinerfestspiele.de oder www.berliner-philharmoniker.de



Leserbrief

Leserbrief zum Artikel: „Seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung“ in BERLINER ÄRZTE 6/2017, S. 10

Den Ausführungen von Herrn Kollegen Prof. Dr. Klaus Hennicke ist im Grundsatz zuzustimmen. Es ist leider im Gegensatz zu den fachlichen Empfehlungen des Landespsychiatriebeirats aus dem Jahr 2014 noch nicht zur Etablierung eines überregionalen, für gesamt Berlin entwickelten stationären und ambulanten Schwerpunktangebotes für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderungen und schweren psychischen Störungen gekommen. Im Jahr 2013 und 2014 wurden intensive Beratungen mit einem umfassenden Expertengremium durchgeführt, eine Expertise wurde erstellt und entsprechen-

de Empfehlungen durch den Landespsychiatriebeirat bestätigt. 20 stationäre Plätze sind im Krankenhausplan des Landes Berlin für 2015 bis 2020 aufgenommen worden. Die Umsetzung stockt nach den vorliegenden Informationen an der Bereitstellung der Mittel für die notwendige Infrastruktur. Die Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie im Land Berlin stellen sich jedoch, im Gegensatz zu den Ausführungen von Herrn Prof. Dr. Hennicke, der sehr schwierigen Aufgabe der Versorgung der genannten Kinder und Jugendlichen auch ohne dieses spezialisierte Schwer-

punktangebot. In allen Kliniken werden diese Kinder und Jugendlichen stationär und ambulant behandelt. Auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, sowie die Sozialpädiatrischen Zentren im Land Berlin und auch viele Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste und Kinder- und Jugend Gesundheitsdienste stellen sich dieser Verantwortung. Das entsprechend geforderte Schwerpunktnetz mit stationärem Zentrum und spezialisierten ambulanten Zentren ist jedoch unerlässlich zur quantitativen und qualitativen Verbesserung und Sicher-

ung der flächendeckenden Versorgung der betreffenden Kinder und Jugendlichen und ihren Familien. Es ist darüber hinaus notwendig zur Entlastung der mit ihren Aufgaben weit über ihre Kapazitätsmöglichkeiten belasteten vorhandenen Einrichtungen und Fachleute.

*Dr. Hans Willner
Chefarzt der Klinik für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter
Sankt Joseph Krankenhaus
Sprecher der leitenden Klinik-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Berlin*

Leserbrief

Leserbrief zu „CIRS Berlin: Der aktuelle Fall – Unruhiger Patient“ in BERLINER ÄRZTE 5/2017, S. 4

Vielen Dank für den wichtigen Beitrag „CIRS Berlin: Der aktuelle Fall – Unruhiger Patient“ in der Mai-Ausgabe. Der CIRS Fall des über 80-jährigen Patienten, der in den Abendstunden unruhig und aggressiv auf einer peripheren Station auffällt und erst verspätet einer Therapie zugeführt wird zeigt, dass noch immer Schulungsbedarf in

Bezug auf perioperativen neurokognitive Störungen wie Demenz und Delir vorliegt. Der Versorgungsaufwand eines deliranten bzw. dementen Menschen ist deutlich erhöht, mehr Personal wird gebunden. Der demographische Wandel wird auch weiter zur Aktualität des Problems beitragen. Wir freuen uns, dass die Brisanz der The-

matik zunehmend in einen breiteren Fokus gerückt ist. Ihrer Aussage, der eines konzeptionellen Gesamtansatzes zur Prävention und Therapie eines Delirs im Krankenhaus, stimmen wir absolut zu.

Seit 2017 liegt die ESA Guideline zum postoperativen Delir vor [1]. Die Leitlinie liefert konkrete Handlungsempfehlungen. Routinemäßig sollten bei Patienten validierte Screeninginstrumente zum Delir und zu Schmerzen einmal pro Schicht zum Einsatz kommen. Das Delir wird dabei empfohlen im Aufwachraum zu screenen und danach bis zum 5 Tag postoperativ einmal pro Schicht [1]. Eine etablierte, gut validierte Delir Screeningmethode auf peripheren Stationen ist der NuDesc [2], [3].

*Alissa Wolf und Prof. Dr. Claudia Spies, Charité Universitätsmedizin Berlin
Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin
Campus Virchow-Klinikum*

[1] C. Aldecoa u. a., „European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium“, Eur. J. Anaesthesiol., Bd. 34, Nr. 4, S. 192–214, Apr. 2017.

[2] F. M. Radtke u. a., „A comparison of three scores to screen for delirium on the surgical ward“, World J. Surg., Bd. 34, Nr. 3, S. 487–494, März 2010.

[3] A. Lütz u. a., „[The Nursing Delirium Screening Scale (NU-DESC)]“, Anästhesiologie Intensivmed. Notfallmedizin Schmerzther. AINS, Bd. 43, Nr. 2, S. 98–102, Feb. 2008.

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Evangelische Elisabeth Klinik

Dr. med. Axel Ramminger folgt auf Dr. med. Ludger Bolle im Amt des Ärztlichen Direktors. Dr. Ramminger bringt aufgrund seiner zehnjährigen Tätigkeit an der Evangelischen Elisabeth Klinik viele Erfahrungen und Kenntnisse mit ein. Seit sechs Jahren ist er Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin und wird aufgrund seiner engagierten und fachübergreifenden Denk- und Handlungsweise zukünftig als Ärztlicher Direktor den Geschäftsführer dabei unterstützen, die Klinik auf medizinischem Gebiet noch weiter voranzubringen und das Leistungsspektrum konstant weiterzuentwickeln.

Seinen besonderen Schwerpunkt hat Dr. Ramminger auf die speziellen Anforderungen der Kinderanästhesie und auf die besondere anästhesiologische Versorgung von Menschen auf der Intensivstation gelegt. Neben seiner Tätigkeit als Chefarzt ist er Qualitätsmanager Hämatologie, OP-Manager und trägt die Leitung bei der Facharztweiterbildung Anästhesiologie. Außerdem ist er Mitglied des Berufsverbands deutscher Anästhesisten, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin.

Tagesklinik Waldfriede und Privatklinik Nikolassee

Seit 1. Juni 2017 werden psychisch Erkrankte in der Tagesklinik Waldfriede teilstationär behandelt. Die Lage in der Schmidt-Ott-Str. 9 zwischen Botanischem Garten und Schloßstraße weist auf die Doppelfunktion mit Entlastung zur Beruhigung und Einführung in die Alltagsbewältigung hin.

Dr. Herald Hopf wurde für diese Aufgabe aus Schleswig-Holstein gerufen. Dort hatte er bereits psychiatrische Tageskliniken aufgebaut und ist Vorsitzender der DATPPP, des Interessensverbands der psychiatrischen Tageskliniken. Zum Netzwerk Waldfriede gehört ferner die Privatklinik Nikolassee in der von-Luck-Str. 3. Deren Leitung übernimmt Dr. Hopf mit altersbedingtem Ausscheiden seines langjährig erfolgreichen Vorgängers Dr. Dietmar Frost ab 1. September 2017. Hier ist insbesondere die dichte Vernetzung internistischer und psychiatrisch-psychosomatischer Fachkompetenz Markenzeichen. Damit stehen im Südwesten Berlins zwei kleine Kliniken mit familiärer, geschützter und stilvoller Atmosphäre für die Behandlung seelischer Störungen zur Verfügung.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel.: 030/408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99, E-Mail: s.rudat@aekb.de oder r.tuemann@aekb.de



6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin: Ist „maximale“ Medizin optimal?



Unter dem Stichwort „preventing overdiagnosis“ (Vermeidung von Überdiagnose) wird international diskutiert, wie gute Indikations- und Behandlungsqualität erreicht wird, auch ohne alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vollständig auszuschöpfen.

Vom medizinischen „can do“ hin zu „mehr Arzt und weniger Medizin“ für das individuell Sinnvolle.

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet zum sechsten Mal in Folge und in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am

**23. September 2017,
9.00 – 17.00 Uhr**

ihren 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. Der 6. Fortbildungskongress stellt Ihnen verschiedene Techniken zu Vermeidung von Überdiagnose vor und vermittelt Ihnen Fertigkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In Workshops haben die Teilneh-

mer die Möglichkeit, eigene Fragen mit den Referenten und Teilnehmern zu besprechen. Dialog ist uns wichtig.

Die Medizin ist heute leistungsfähiger als jemals zuvor. Umso drängender stellt sich die Frage, ob alles diagnostisch und therapeutisch Machbare auch für den einzelnen Patienten sinnvoll und wünschenswert ist. Überdiagnose liegt beispielsweise dann vor, wenn Menschen ohne Symptome eine Diagnose für eine Krankheit erhalten, durch die ihnen kein Schaden droht. Gleichzeitig müssen sie mit den Folgen dieser teilweise bedrohlichen Diagnose umgehen. So entsteht letztlich mehr Schaden als Nutzen. Eine andere Form der Überdiagnose findet statt, wenn Definitionen von Krankheiten ausgeweitet werden und Menschen mit eigentlich gesundheitlich unbedenklichen Problemen plötzlich zu Kranken werden – mit allen damit für sie verbundenen negativen Folgen.

Der Kongress will unter verschiedenen Gesichtspunkten die Frage beleuchten, wie Ärzte gemeinsam mit ihren Patienten zu Entscheidungen kommen, die zu einer optimalen, individuellen Behandlungsqualität führen.

Die Organisatoren des 6. Fortbildungskongresses setzen sich daher zum Ziel,

- „sauberes Wissen“ zu „preventing overdiagnosis“ zu vermitteln und einen fundierten Einstieg in das komplexe Thema anzubieten,
- die aktuelle Entwicklung zu beleuchten und Ärzten Tipps und Techniken mit auf den Weg zu geben, mit denen sie Mechanismen, die zu Überdiagnose führen, durchschauen und vermeiden können,
- die Souveränität der Ärzte zu stärken, sich auf ihre Kernkompetenzen zu besinnen und gemeinsam mit dem Patienten Entscheidungen zu fällen, die diesem einzelnen Patienten am meisten nützen,
- Ärzte zu befähigen, durch angemessene gemeinsame Entscheidungen zu einem besseren Arzt-Patienten-Verhältnis zu kommen.

„Sauberes Wissen“ als Leitthema

Das Leitthema des 1. Fortbildungskongresses in 2012, „Sauberes Wissen in der Medizin“, ist programmatisch für die Kongressreihe und als Motivation seiner Organisatoren zu ver-

stehen. Der „unabhängige ärztliche Sachverstand“ und der Austausch über aktuelles, gesichertes medizinisches und ärztliches Wissen frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter steht im Mittelpunkt. Insbesondere diese Unabhängigkeit hat in den vergangenen Jahren für viele begeisterte Kongressteilnehmer gesorgt.

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

Das ausführliche Programm erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin:

www.aerztekammer-berlin.de/FB-Kongress2017

Für den persönlichen Kontakt steht Ihnen Frau Nehrkorn mit allen Informationen zum 6. Fortbildungskongress auch telefonisch zur Verfügung – zu erreichen unter:
Telefon: 030/40806 1211.

Prüfungstermine für auszubildende Medizinische Fachangestellte

Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung am 10. Oktober 2017 durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben.

Abschlussprüfung

Die Abschlussprüfung im Winter 2017 / 2018 findet wie folgt statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung: 28. und 29. November 2017

Praktischer Teil der Prüfung: 8. Januar bis 26. Januar 2018

Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden mit folgenden erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn diese nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, schriftliche Bestätigung des Ausbildenden, zum Führen des Berichtsheftes (Ausbildungsnachweis), Zeugniskopien aller zurückgelegten Berufsschulsemester, Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Praxisfehltage während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise.

Vorgezogene Abschlussprüfung

Anträge auf vorzeitige Zulassung sind mit den oben genannten Unterlagen einzureichen. Die Anträge sind zu



ergänzen durch: eine Befürwortung oder Stellungnahme der oder des Ausbildenden

sowie eine Befürwortung der Schule mit dem Gesamtnotendurchschnitt.



Das Antragsformular kann auf der Homepage der Ärztekammer Berlin heruntergeladen werden.

Anmeldefrist

Die erforderlichen Anmeldeformulare für die Zwischen- und Abschlussprüfung werden den auszubildenden Ärztinnen und Ärzten übersandt. Die Anmeldefrist für alle genannten Prüfungen ist der 10. September 2017.

Wenn die Anmeldung sowie die für die Zulassungsentcheidung notwendigen Unterlagen auch innerhalb einer von der Ärztekammer Berlin gesetzten Nachfrist nicht eingereicht werden, muss der Antrag auf Zulassung zur Prüfung abgelehnt werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie der Anmeldung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Prüfungserleichterung einschließlich tauglicher Nachweise bei.

Sämtliche Prüfungen finden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, statt.

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

Zu viel des Guten

Preventing Overdiagnosis

Ist ein gesunder Patient einfach nur einer, der noch nicht genügend untersucht wurde? Wer sucht, der findet schließlich. Und nicht immer helfen Ärztin und Arzt damit den Menschen, die zu ihnen in die Praxis oder in die Klinik kommen. Welche diagnostischen Maßnahmen sind sinnvoll? Was muss man beim Screening von (bisher) Gesunden beachten?

Die Kriterien der evidenzbasierten, auf Studienergebnisse gestützten Medizin (EbM) gelten keineswegs nur für die Therapie, sondern auch für die Fahndung nach eventuellen Krankheiten. Weil man des Guten auch zu viel tun kann, enthalten die neuen 10-Punkte-Kataloge der Fachgesellschaften aus den Initiativen „Gemeinsam Klug Entscheiden“ und „Klug Entscheiden“ (Choosing Wisely) auch Negativ-Empfehlungen zur Diagnostik.

Gegen Überdiagnostik – international zu neuer Beachtung gekommen als „Overdiagnosis“ – hilft die gelassene Kunst des Weglassens. Nur auf eines darf man dabei keinesfalls verzichten: Auf das Gespräch mit dem Patienten und die gemeinsame Entscheidung.

Von Adelheid Müller-Lissner



Foto: Contrastwerkstatt/Fotolia.com

Der junge Mann sieht mit seinen rosigen Wangen und der athletischen Statur aus wie das blühende Leben. Seine Selbsteinschätzung wirkt glaubhaft: „Mir fehlt nichts, Herr Doktor!“ „Woher wollen Sie das wissen?“ , entgegnet mit entwaffnender Logik der Arzt. Dieser Dr. Knock hat sich kürzlich auf dem Land niedergelassen und will mit einer durchtriebenen Strategie reich werden: Er nutzt sein einschüchterndes Fachvokabular, um aus Landwirten, die sich bester Gesundheit erfreuen, im Handumdrehen schwer kranke Menschen und von ihm abhängige Patienten zu machen. Zu diesem Zweck bietet er im Dorf zunächst eine „Gratis-Sprechstunde“ an – eine Reihenuntersuchung, die die Einwohner allesamt mit ernsthaften Diagnosen verlassen. Seine Praxis floriert. Einige Zeit später hat sich der „diagnostische“ Blick des Mediziners schon völlig verselbstständigt, wie er einem alten Kollegen gesteht: „Sobald ich jemandem gegenüberstehe, formt sich in meinen Gedanken ungewollt und unweigerlich eine Diagnose, auch wenn das völlig unnötig und unangebracht ist.“ Er könne nicht anders, als seinen Blick auf eine Vielzahl kaum wahrnehmbarer Auffälligkeiten von Haut, Bindegewebe, Pupillen, Kapillaren, Atemfrequenz zu richten: „Mein innerer Diagnose-Apparat fängt sofort an zu arbeiten, ganz allein, ohne mich.“

Der schlitzohrige Landarzt ist der zweifelhafte Held der schwarzen Komödie „Knock oder Der Triumph der Medizin“, die der französische Schriftsteller Jules Romains im Jahr 1923 veröffentlichte. Seither hat sich in der Medizin vieles verändert. Doch der Satz „Ein gesunder Patient ist nur schlecht untersucht“ hat an Bedeutung eher noch gewonnen. Längst ist das Stellen einer Diagnose nicht mehr (allein) Sache des geschulten Blicks oder des durch das Stethoskop verstärkten ärztlichen Ohres. MRT, CT, Ultraschall, immer raffiniertere Labortests, bei denen „Biomarker“ verschiedenster Art im Blut des Patienten unter die molekularbiologische Lupe genommen werden, nicht

»Ach, dass der Mensch doch durchsichtig wäre wie eine Qualle, und dass man den Sitz seiner Leiden schauen könnte!«

(Wilhelm Conrad Röntgen)

zuletzt aber interventionelle Verfahren wie der Herzkatheter sind hinzugekommen. Und ein neues Fachwort ist in der Debatte: Overdiagnose, Überdiagnostik.

Klug entscheiden – und kommunizieren

Prinzipiell ist es zwar Aufgabe von evidenzbasierten Leitlinien, das Sinnvolle vom Überflüssigen, vielleicht gar Schädlichen zu scheiden. Fachlicher Anspruch und Ausführlichkeit der Darstellung führen allerdings dazu, dass diese Leitlinien in vielen ärztlichen Alltagssituationen, vor allem aber als Argumentationshilfe für das Gespräch mit den Patienten, die sich eine „ausführliche“ Diagnostik wünschen, nicht recht taugen. In den USA und in Kanada wurde deshalb im Jahr 2011, organisiert von der unabhängigen Stiftung des American Board of Internal Medicine (ABIM), die „Choosing Wisely Initiative“ ins Leben gerufen, um den „Overuse“ in Diagnostik und Therapie wirkungsvoll zu bekämpfen.

In Deutschland hat das die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mit der Initiative „Gemeinsam klug entscheiden“ aufgegriffen, in deren Rahmen die Fachgesellschaften die zehn wichtigsten Empfehlungen aus ihrem Gebiet zusammenstellen sollen. Gegenüber dem transatlantischen Vorbild will sie die Listen um Positivempfehlungen erweitern. Und es liegen inzwischen die Empfehlungen verschiedener internistischer Fachgebiete vor. In der Initiative „Klug entscheiden in der Inneren Medizin – Über- und Unterversorgung von Patienten vermeiden“, die die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gemeinsam mit zwölf internistischen Schwerpunktgesellschaften ins Leben gerufen hat, spielen diagnostische

Verfahren eine entscheidende Rolle – auch solche, die heute zu häufig zum Einsatz kommen: 13 der insgesamt 51 Negativ-Empfehlungen beziehen sich auf diagnostische Maßnahmen, die man im konkreten Fall lieber bleiben lassen sollte.

Ein ausgesprochen praxisrelevantes Beispiel stammt aus der Kardiologie und lautet: „Nach unkomplizierter perkutaner Koronarintervention soll eine routinemäßige „Kontroll-Koronarangiographie“ nicht durchgeführt werden.“ Aus der Rheumatologie kommt die Empfehlung, auf eine Borrelien-Serologie zu verzichten, wenn nicht eine typische Anamnese und Klinik dafür sprechen. „Die Durchführung einer Borrelien-Serologie ohne entsprechende Symptomatik bedingt aufgrund der Seroprävalenz in der Bevölkerung („Durchseuchungstitler“) eine hohe Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnosen. Chronische muskuloskeletale Schmerzsyndrome wie zum Beispiel ein Fibromyalgie-Syndrom sind keine Diagnosekriterien für eine Lyme-Borreliose.“ Aus der Gastroenterologie kommt die Empfehlung, auf Stuhltests zu verzichten, wenn Screening-Koloskopien entsprechend der Früherkennungsleitlinie durchgeführt werden. Falsch-positive Stuhltests würden sonst zu unnötigen Kontrolluntersuchungen führen. Die Geriater wiederum empfehlen dringend, auch die Lebenserwartung der Anspruchsberechtigten und die Risiken der jeweiligen Untersuchungen zu berücksichtigen, wenn es um die Frage geht, ob ein alter Mensch an einem Screening für Brust-, Darm- oder Lungenkrebs teilnehmen sollte.

Eine ihrer Negativ-Empfehlungen gilt zudem der Bildgebung bei Rückenschmerzen. In der Nationalen Versor-

»Eine der am weitesten verbreiteten Krankheiten ist die Diagnose.« (Karl Kraus)



Prof. Dr. med. Tobias Raupach: „Wir erproben innovative Lehrformate.“

gungsleitlinie Kreuzschmerz haben dazu eigentlich schon die Orthopäden ein deutliches Machtwort gesprochen: Das A und O sind sachgerechte körperliche Untersuchung und gute Beratung. Nur wenn „red flags“ den Verdacht auf eine Fraktur oder einen Tumor aufkommen lassen oder der Schmerz nach vier bis sechs Wochen nicht abklingt, ist ein MRT oder eine Röntgenuntersuchung gerechtfertigt.

Röntgen ist schließlich ein klassisches Beispiel dafür, dass Diagnostik belastend und potenziell schädlich sein kann. Besonders für Heranwachsende. Im American Journal of Emergency Medicine bemängelte Todd Glass vom renommierten Nemours Children's Hospital vor zwei Jahren, dass nach Sportverletzungen heute noch zu oft Computer-Tomogramme (CTs) gemacht werden. Obwohl man Gehirnerschütterungen auf den Bildern gar nicht erkennen kann und obwohl das sich entwickelnde kindliche Gehirn auf die Strahlenbelastung besonders sensibel reagiert. Bei der Analyse des Verhaltens der Ärzte nach 23.000 Sportunfällen Min-

derjähriger stellten Glass und sein Team fest: In 53 Prozent der Fälle entschied man sich für ein CT. Doch nur bei einer kleinen Minderheit gab es Grund dazu, und nur 69 Kinder hatten tatsächlich eine Verletzung, die das Gehirn in Mitleidschaft gezogen hatte – und die man auf dem CT sieht.

Lernen, Unsicherheit auszuhalten

Am anderen Ende des Lebens-Spektrums, im hohen Alter, ist die Begrenzung der Untersuchungen oft nötig, weil auch bei der Behandlung Prioritäten gesetzt werden sollten. „Gerade hier geht es oft darum, medizinische Interventionen auf das für den Patienten Wesentliche zu begrenzen“, sagt Thomas Kühlein, Direktor des Allgemeinmedizinischen Instituts der Uniklinik in Erlangen (siehe Interview). Paradoxerweise drohe sonst gerade die akribische Anwendung aller Finessen der modernen Medizin die Lebensqualität der Patienten erheblich zu senken. Verantwortungsvolle Begrenzung heißt hier das Gebot der Stunde. „Diese Aufgabe gehört zum Schwierigsten, was Ärzte tun müssen.“ Schließlich geht es auch darum, Unsicherheit auszuhalten. Und darum, das „primum nil nocere“ einzuhalten.

Kann man das lernen? Und wenn, dann wo und wann? Schon im Studium, meint Professor Dr. med. Tobias Raupach, Oberarzt an der Klinik für Kardiologie und Pneumologie der Universitätsmedizin Göttingen, und als „Master of Medical Education“ besonders engagiert auf dem Gebiet der Lehre und Ausbildungsforschung. „In Göttingen erproben wir zurzeit innovative Lehrformate wie die interaktive simulierte Notaufnahme, in der Studierende diagnostische Maßnahmen anordnen können und später entsprechendes Feedback erhalten“, berichtet Raupach. Gute Gelegenheiten zum Gespräch darüber, wann eine diagnosti-



Rechtsanwalt Sebastian Krahnert: „Zeit für das aufklärende Gespräch nehmen.“

sche Maßnahme sinnvoll ist und wann nicht, bieten sich seines Erachtens auch im Kleingruppen-Unterricht mit fallbasiertem Lernen, in begrenztem Maße auch beim problemorientierten Lernen. „Auch mit computergestütztem fallbasiertem Lernen kann die Überdiagnostik thematisiert werden.“ Dann sei es aber wichtig, den Studierenden ein aussagekräftiges Feedback zu geben und ihren Leistungsstand mit modernen Prüfungsformaten zu ermitteln. Etwa mit „Key Feature“-Fragen, die sich auf konkrete klinische Szenarien beziehen, in denen Entscheidungen für oder gegen bestimmte diagnostische Maßnahmen fällig werden. Dass dieser Ansatz praktikabel ist, hat Raupach zusammen mit einigen Kollegen im letzten Jahr im Deutschen Ärzteblatt dargelegt. Beim Unterricht am Krankenbett, in den Blockpraktika, in den Famulaturen und während des Praktischen Jahres erleben die angehenden Mediziner zudem den diagnostischen Alltag in den Kliniken hautnah mit.

Überdiagnostik aus Angst vor juristischen Konsequenzen

Und die Situationen, in denen Patienten sich mehr Diagnostik wünschen, als Arzt und Patient für sinnvoll halten? Sie kom-

men wohl häufiger in der ambulanten Medizin vor, und sie können zur ernsthaften Belastung für die Arzt-Patient-Beziehung werden. Eine Beziehung, die aus juristischer Sicht als Vertragsverhältnis zu charakterisieren ist. „Der Arzt schuldet dem Patienten eine Behandlung nach dem Facharzt-Standard“, erläutert Sebastian Krahnert, Rechtsanwalt mit einer eigenen auf Medizinrecht spezialisierten Berliner Kanzlei und selbst Arzt. „Was darüber hinausgeht, kann der Arzt ablehnen.“ Diagnostische Maßnahmen, die nicht evidenzbasiert und leitliniengerecht sind, deren Ergebnis im individuellen Fall keine Konsequenzen für die Behandlung hat, belasten schließlich nicht nur das Gesundheitswesen unnötig. Sie können, etwa wegen der Strahlenexposition, auch eine Gefährdung des Patienten darstellen. Darauf aus guten Gründen zu verzichten, ist trotzdem nicht immer einfach – auch wenn der Arzt sich damit an den besagten Facharzt-Standard hält und den Ausgang einer gerichtlichen Auseinandersetzung nicht zu fürchten braucht. „Es ist auf jeden Fall unangenehm, wenn sich ein Patient wegen einer angeblichen Behandlungsverweigerung oder unsorgfältigen Arbeitens über einen Mediziner bei der Ärztekammer beschwert oder gar ein Gerichtsverfahren anstrengt“, sagt

»Die Medizin hat in den letzten Jahren so ungeheure Fortschritte gemacht, dass es praktisch keinen gesunden Menschen mehr gibt.«

(Aldous Huxley)

Krahnert. Damit solche Situationen möglichst nicht entstehen, plädiert er dafür, sich genug Zeit für das persönliche, aufklärende Gespräch zu nehmen. „Am besten ist es, das Problem durch Einsicht zu lösen.“ Und man sollte keinesfalls vergessen, über das Gespräch eine kurze Notiz in der Patientenakte zu machen.

Auf dem Weg zur statistischen Alphabetisierung

Der Begriff „Überdiagnostik“, der dabei möglicherweise fällt, dürfte vielen Patienten neu sein, wie eine Befragung aus Australien zeigt, deren Ergebnisse 2015 im British Medical Journal veröffentlicht wurden. 22 Prozent der 500 telefonisch Befragten verstanden „Overdiagnosis“ als das Übertreiben einer bestehenden Erkrankung. Zehn Prozent glaubten, es ginge darum, eine in Wirklichkeit gar nicht vorhandene, nur in der Einbildung existierende Krankheit festzustellen. Nur



PD Dr. Odette Wegwarth: „Hohe Analphabetenrate in Sachen Statistik.“

24 Prozent der Befragten kamen auf die Idee, dass der Begriff für Situationen steht, in denen es Ärzte mit den Untersuchungen übertreiben.

Dass man es damit übertreiben kann, dass Informationen über die eigene Gesundheit unnütz oder gar schädlich sein können, widerspricht zunächst ja auch der Intuition. Auch der von Ärzten, die ihren Patienten möglichst gut helfen wollen. PD Dr. Odette Wegwarth, Psychologin und Wissenschaftlerin am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin, wo Forscher um Professor Gerd Gigerenzer das Harding-Zentrum für Risikokommunikation aufgebaut haben, setzt auf mehr Bildung in Sachen Statistik, die nötig ist, um Basisrisiken für Erkrankungen und den Nutzen und Schaden medizinischer Interventionen richtig zu beurteilen. Ihrer Erfahrung nach – und belegt durch zahlreiche Studien – gibt es auch unter Medizinern diesbezüglich eine hohe „Analphabetenrate“.

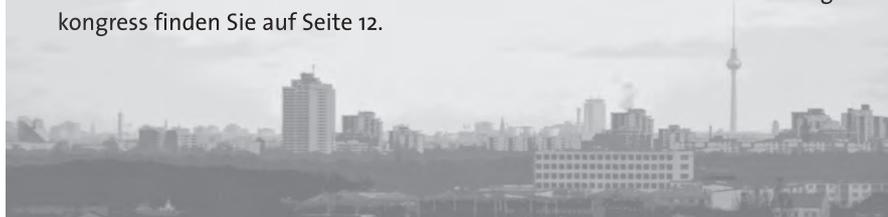


Der 6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin



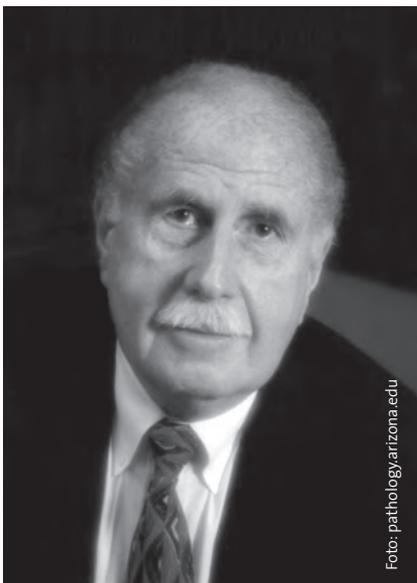
Wenn Sie mehrere der in diesem Artikel zu Wort kommenden Gesprächspartner live erleben möchten, sind Sie herzlich zum diesjährigen 6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin am 23. September 2017 eingeladen.

PD Dr. Odette Wegwarth, Prof. Dr. med. Tobias Raupach und Rechtsanwalt Sebastian Krahnert werden als Referenten und Workshop-Leiter für Fragen und zum Austausch bereit stehen. Weitere Informationen zum Fortbildungskongress finden Sie auf Seite 12.



Paradebeispiel der Risikoforscherin ist die ärztliche Beratung zur Krebsfrüherkennung. „Deren Nutzen wird von vielen Medizinem grandios überschätzt.“ Das liegt ihren Forschungsbefunden zufolge maßgeblich daran, dass die Problematik der Fünf-Jahres-Überlebensrate zur Beurteilung des Nutzens von Früherkennungen nicht verstanden wird. „Die Fünf-Jahres-Überlebensrate wird durch die Früherkennung zum einen künstlich aufgebläht, weil durch sie der Diagnosezeitpunkt in der Screening-Gruppe vorverlegt wird, ohne dass sich zwangsläufig der Zeitpunkt des Todes im Vergleich zur Nicht-Screening-Gruppe verändern würde.“ Dazu komme, dass durch das frühe Erkennen auch Zell-Abnormalitäten in die Statistik eingeschlossen werden, die sich nicht zu einem fortschreitenden oder Tod bringenden Tumor entwickeln würden. „Aus diesen Gründen haben Anstiege im Fünf-Jahres-Überleben in der Screening-Gruppe keinerlei Entsprechung zu einer tatsächlichen Reduktion in der Mortalität.“

Zweiter Kritikpunkt: Der Nutzen wird immer noch oft in relativen Zahlen dargestellt, etwa beim Mammographie-Screening. „Wenn ich weiß, dass eine von 1.000 Frauen, die zehn Jahre lang am Screening teilnehmen, nicht an Brustkrebs stirbt, klingt das anders, als wenn ich von 20-prozentiger Reduktion spreche. Im ersten Fall handelt es sich um eine absolute Risikoreduktion, die für gewöhnlich kleine Zahlen produziert, aber von Ärzten und Patienten korrekt verstanden wird. Im zweiten Fall handelt es sich um eine relative Risikoreduktion, die wiederum häufig große Zahlen produziert, aber vom Großteil der Ärzte und Patienten nicht korrekt verstanden wird und zu hohen Überschätzungen des Nutzens führt.“ [Dies war bereits im Heft 04/2001 im Artikel „Risikokommunikation in der Medizin – Zum Wohle des Patienten?“ von Ulrich Hoffrage Thema. Der Artikel ist auf Nachfrage in der Redaktion erhältlich. Außerdem war dies Thema des interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer im Januar 2001]. Wegwarth



Prof. Richard J. Ablin sieht das PSA-Screening kritisch.

berichtet, dass der Enthusiasmus von Ärzten für Früherkennungsuntersuchungen deutlich ab-, das Verständnis des Nutzens und Schadens aber deutlich zunimmt, wenn sie mit den verständlichen Statistiken konfrontiert werden.

Richard J. Ablin, Professor am College of Medicine der University of Arizona, versucht Mediziner und Laien für dieses Thema am konkreten Beispiel des Prostata-Karzinoms zu sensibilisieren. Er selbst hat im Jahr 1970 das Prostata-spezifische Antigen (PSA) entdeckt. Heute warnt er in Vorträgen und Fachbeiträgen vor Überdiagnosen und daraus folgenden überflüssigen Behandlungen von Tumoren, die oftmals langsam wachsen. So langsam, dass die älteren Männer, bei denen sie festgestellt werden, niemals an ihnen sterben würden. PSA, das ist für den Autor des Buches „The Great Prostate Hoax: How Big Medicine Hijacked the PSA Test and Caused a Public Health Disaster“ heute die Abkürzung für „People Seeking Answers“ – Menschen auf der Suche nach Antworten.

Krebsfrüherkennung ist sicher ein besonders sensibles Thema. Allein das Wort Krebs weckt Ängste. Und es weckt den Wunsch, etwas zum eigenen Schutz zu unternehmen. Mit der Früherkennung

von Darmkrebs oder Gebärmutterhalskrebs lässt er sich heute schon recht weitgehend erfüllen. Die Annahme, was früh erkannt werde, lasse sich auch früh bannen, ziehe sich allerdings wie ein roter Faden durch die gesamte moderne Medizin, sagt Wegwarth. Die Absenkung der Normwerte für Blutdruck oder Blutfettwerte sieht sie als Beispiel dafür. „Millionen von Menschen wurden so letztlich zu Patienten gemacht, und das ohne die benötigte Evidenz dafür, dass ihre Behandlung einen positiven Effekt hat, der mit dem vergleichbar wäre, der einst für Patienten mit Überschreitung deutlich höherer Normwerte in Studien festgestellt wurde.“

Ohne Zugang zu unabhängiger Information für Ärzte und für alle Bürger, die einmal Patienten werden könnten, ist ein Verständnis dafür aber nicht zu erreichen, davon ist Wegwarth überzeugt. „Leider kennen heute nur wenige die Arbeit des IQWiG und der Patienteninformationen, die im Bereich der unabhängigen und transparenten Kommunikation schon Beachtliches leisten.“

Aber würde das Problem Überdiagnostik sich erübrigen, wenn alle Beteiligten mehr Risikokompetenz hätten? Blicke nicht auch dann ein Rest an Irrationalität? Man dürfe die Macht der Emotionen nicht unterschätzen, betont die Psychologin. „Die Ängste der Menschen um ihre Gesundheit werden bleiben. Risikokompetenz kann sicherlich gegen unnötige Ängste und übersteigerte Erwartungen an medizinische Interventionen helfen, wird aber nicht das Allheilmittel sein. Wir brauchen auch eine gelassener Haltung zu den Risiken des Lebens allgemein.“ Der Wunsch nach ungezügelter Diagnostik, den sie heute vielfach erkennt, löst in der Psychologin eher Erschrecken aus: „Entgegen der eigentlichen Intention, die Gesundheit zu perfektionieren, mündet er manchmal in Zufallsbefunde, die nur Körper und Seele der Pati-

enten belasten, ohne das anvisierte Ziel einer verbesserten Gesundheit zu erreichen.“

Gute Diagnostik dagegen ist zwar gründlich, aber von der Frage nach den therapeutischen Konsequenzen und der Abwägung von Nutzen und Risiken geleitet. Und sie ist ohne Kommunikation zwischen den Beteiligten nicht denkbar. In einem kleinen Vorwort zu ihren „Klug-Entscheiden“-Empfehlungen bringt die Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie das im Juni-Heft von „Der Internist“ auf den Punkt: „In der Zusammenschau lassen sich diese Empfehlungen als ein Votum für die „sprechende Medizin“ und für einen bewussten und evidenzbasierten Umgang mit „technischen“ Maßnahmen interpretieren.“

Verfasserin:

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Wissenschaftsjournalistin

IN KÜRZE

- Initiativen wie „Gemeinsam klug entscheiden“ geben klare Empfehlungen gegen Überdiagnostik.
- Überdiagnostik aus Angst vor juristischen Konsequenzen ist nicht sinnvoll.
- Ärzte müssen lernen, Statistiken besser zu verstehen und den Patienten zu vermitteln.
- Es gilt, Unsicherheiten auszuhalten.
- Gespräche mit den Patienten helfen bei einer gemeinsamen Entscheidungsfindung.

„Wenn sie in vollem Lauf ist, kann man eine Lawine nur schwer stoppen“

Ein Gespräch mit Professor Dr. med. Thomas Kühlein, Direktor des Allgemeinmedizinischen Instituts des Universitätsklinikums Erlangen, das im Kooperationsnetzwerk „PRO PRICARE“ mitwirkt. Zu diesem Netzwerk haben sich vor kurzem sieben Institute der Uni Erlangen-Nürnberg (FAU), vier fränkische Praxisnetzwerke mit rund 200 haus- und fachärztlichen Praxen, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sowie Vertreter von Krankenkassen zusammengeschlossen, um der Überversorgung nicht nur in der Region entgegenzuwirken. Der Aufbau des Netzwerks und drei Forschungsprojekte werden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit 2,1 Millionen Euro gefördert.

Herr Prof. Kühlein, welche Rolle spielen Hausärzte bei der verantwortungsvollen Begrenzung medizinischer Diagnostik?

Kühlein: Die Rolle, die sie heute spielen, entspricht noch nicht unbedingt der Rolle, die sie spielen könnten! In der medizinischen Diagnostik haben wir es vielfach mit Kaskadeneffekten zu tun. Das ist, wie wenn Sie eine Lawine los-treten. Hausarzt oder Hausärztin sind eigentlich genau in der richtigen Position, um zu verhindern, dass diagnostische Lawinen losgetreten werden. Und bekanntlich ist es schwieriger, eine Lawine zu stoppen, wenn sie schon im vollen Lauf ist.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Kühlein: Es gibt eine Fülle von Beispielen. Nehmen wir nur das „graue Screening“ mit dem PSA-Test. In der urologischen Leitlinie zum Thema ist festgehalten, dass die Aufklärung über den Nutzen und Schaden dieser Untersuchung in absoluten Zahlen erfolgen sollte und dass Arzt und Patient dann zu einer gemeinsamen Entscheidung finden müssen. Bei Veranstaltungen für Bürger haben wir immer wieder danach gefragt, wer den Test gemacht hat: Das war eine

große Gruppe. Auch wenn wir uns danach erkundigt haben, bei welchen Männern die Frauen zur Früherkennung gedrängt haben, gab es deutliche Reaktionen. Nur auf die Frage nach der Aufklärung durch den Urologen war Schweigen im Saal. Ich ziehe daraus den Schluss, dass ich als Hausarzt das machen muss. Das Ergebnis ist meistens, dass die Patienten danach keine Überweisung mehr wollen. Es erfordert allerdings viel Zeit und viele Worte, wenn man sich gemeinsam den Nutzen und den Schaden anschauen möchte.

Inzwischen gibt es ja Initiativen wie „Klug entscheiden“, die auch Negativeempfehlungen für die Diagnostik in verschiedenen Fachgebieten aussprechen. Meinen Sie, das wird Wirkung zeigen?

Kühlein: Ich fürchte, dass der große Tanker Medizin nicht so leicht zu bewegen ist. Es gibt schließlich auch in der Therapie Dinge, von denen schon lange bekannt ist, dass sie nicht passieren sollten, und die trotzdem weiter gemacht werden: Denken Sie nur an die Antibiotika-Verordnungen bei akuter Bronchitis. Eine Studie aus den USA zeigt eine Verschreibungshäufigkeit etwa 70 Prozent. Unsere eigene Datenbank belegt, dass sie in Deutschland auch bei rund 50 Prozent liegt.

Sie sind auch als Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums tätig. Wie kann man nach Ihrer Erfahrung die Kunst des Weglassens im Umgang mit Patienten praktizieren, die eine bestimmte Diagnostik „einfordern“?

Kühlein: In vielen Fällen kann man sie durch Argumente umstimmen. Eines ist mir dabei ganz wichtig: Man sollte unbedingt vermitteln, dass man auf keinen Fall auf eine Diagnostik verzichten möchte, um den Krankenkassen zu helfen, Geld zu sparen.

Andererseits ist für mich als Arzt auch klar: Sie können nicht gegen die Wünsche eines Patienten handeln – zumindest solange diese Wünsche ihn nicht direkt gefährden. Und manchmal ist das Einverständnis eben nicht zu erreichen. In Einzelfällen habe ich schon Patienten gebeten, sich einen anderen Arzt zu suchen. Vor allem wenn man eine Praxis von einem Vorgänger übernimmt, kann es passieren, dass man auf Erwartungshaltungen trifft, die man nicht für richtig hält. Etwa wenn Patienten sich „mal wieder so ein richtig großes Blutbild“ wünschen oder einen umfassenden „Gesundheitscheck“. Man wird hier immer wieder nach Mittelwegen suchen und einige wenige Positionen mehr auf der Labor-Liste ankreuzen. Manchmal wird es auf der anderen Seite aber auch unvermeidlich sein, dass man Patienten verliert. Wenn ein Patient sich wegen Rückenschmerzen ohne Warnhinweise ein MRT wünscht und ich kann ihn nicht überzeugen, schlage ich ihm vor, sich eine zweite Meinung dazu bei einem guten Orthopäden einzuholen, von dem ich weiß, dass er auch davon abraten wird.



Prof. Dr. med. Thomas Kühlein

Sie vertreten das Fach Allgemeinmedizin als Hochschullehrer. Muss die Kunst des Weglassens schon im Studium angehenden Medizinern nahegebracht werden? Und wie machen Sie das?

Kühlein: Wir haben eine Hauptvorlesung im fünften Semester: Da muss es passieren. Nachdem die Studierenden in der Vorklinik alles über Pathophysiologie gelernt haben, versuchen wir nun in die Köpfe zu pflanzen, dass für Kliniker kontrollierte Empirie und klinische Outcomes viel wichtiger sind. Diese komplett andere Art zu denken muss in die Köpfe. Wir bringen ihnen die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin nahe: Wie groß sind die Effektstärken, wie relevant sind sie für den einzelnen Patienten? Vieles ist unbewiesen, oder die Effekte sind so klein, dass man darauf verzichten kann. Wir nennen das auch „quartäre Prävention“: Die Verhinderung nutzloser Medizin. Doch 1,5 Stunden pro Woche über ein Semester sind dafür eher knapp.

Ist aber später im medizinischen Alltag die Angst vor juristischen Konsequenzen nicht ein starkes Motiv, keinen Test auszulassen?

Kühlein: Es ist fast immer eine schwierige Mischung aus vielen Aspekten, die zur Überversorgung führt.

Der Sicherheitsaspekt gehört dazu: Bei dieser Art defensiver Medizin oder „Medizin sicherheitshalber“ wird allerdings oft zuerst an die Sicherheit des Arztes, nicht an die des Patienten gedacht. Überdiagnostik kann ja durchaus Körperverletzung bedeuten. Dagegen sind Leitlinien eigentlich der beste Schutz. Wenn in der Leitlinie zum Kreuzschmerz steht, dass bei einem Patienten mit Rückenschmerzen ohne klinische Warnsignale kein Röntgenbild gemacht werden sollte, ist es kein Problem, das vor Gericht zu verteidigen.

Retten uns die Leitlinien also vor Überdiagnostik?

Kühlein: Es bleibt die psychologische Schwierigkeit, dass viele Patienten vom Doktor erwarten, dass er „etwas macht“, während in der Leitlinie empfohlen wird, genau das nicht zu tun. Vor allem ältere Kollegen empfinden in einer solchen Situation manchmal die Leitlinie als Gängelung.

Die Jüngeren fühlen sich umgekehrt nach meiner Erfahrung oft zu sehr durch Leitlinien gebunden. Im begründeten Fall darf man jedoch davon abweichen. Wenn wir dieses Verständnis bei Studierenden verankern können, hoffe ich, dass weniger defensive Medizin betrieben wird. Es bleibt eben oft eine gewisse Unschärfe und letzte Unsicherheit. Unsere Aufgabe ist es, den Umgang damit zu lehren und zu trainieren.

(Mit Prof. Kühlein sprach Dr. Adelheid Müller-Lissner)

ESSAY – Kritisches Denken im Gesundheits- und Bildungswesen

Kritisches Denken ist nur eine der Schlüsselkompetenzen für die evidenzbasierte Praxis im Gesundheits- und Bildungswesen, schreiben **Jonathan Sharples und Kollegen** und sehen interessante Möglichkeiten für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Jonathan M. Sharples, Professor¹, **Andrew D. Oxman**, Research Director², **Kamal R. Mahtani**, Clinical Lecturer³, **Iain Chalmers**, Coordinator⁴, **Sandy Oliver**, Professor¹, **Kevan Collins**, Chief Executive⁵, **Astrid Austvoll-Dahlgren**, Senior Researcher², **Tammy Hoffmann**, Professor⁶

¹ EPPI-Centre, UCL Department of Social Science, London, Großbritannien;

² Global Health Unit, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norwegen;

³ Centre for Evidence-Based Medicine, Oxford University, Oxford, Großbritannien;

⁴ James Lind Initiative, Oxford, Großbritannien;

⁵ Education Endowment Foundation, London, Großbritannien;

⁶ Centre for Research in Evidence-Based Practice, Bond University, Gold Coast, Australien

Korrespondenz: J. M. Sharples, Jonathan.Sharples@eefoundation.org.uk

Stellen Sie sich vor, Sie sind Allgemeinarzt. Ein Patient wird mit akutem, atypischem Brustschmerz in Ihrer Praxis vorstellig. Sie berücksichtigen sofort Geschlecht und Alter des Patienten und überlegen sich, welche Fragen Sie stellen sollten und welche Diagnosen und Untersuchungen infrage kommen. Außerdem müssen Sie überlegen, welche Therapien Sie in Erwägung ziehen sollten und wie Sie mit dem Patienten und gegebenenfalls mit dessen Angehörigen oder anderen Ärzten kommunizieren sollten. Einiges davon tun Sie reflexartig, ohne viel bewusstes Nachdenken, aber bei der Versorgung der meisten Patienten ist es auch erforderlich, dass Sie Ihre Vorgehensweise kritisch überdenken.

Kritisches Denken, das heißt, die Fähigkeit, klar und rational darüber nachzudenken, was man tun oder glauben soll, ist für die medizinische Praxis unerlässlich. Kaum ein Arzt würde dies bestreiten. Dennoch war bis vor Kurzem in den Approbations- und Akkreditierungsrichtlinien der britischen Aufsichtsbehörde General Medical Council und vergleichbarer Behörden in Nordamerika nirgends von „kritischem Denken“ die Rede¹, und kritisches Denken wird auch in den meisten medizinischen Ausbildungsgängen nicht explizit gelehrt oder beurteilt².

PubMed verzeichnet zwar 2.800 Artikel, bei denen der Ausdruck „critical thinking“ im Titel oder Abstract vorkommt, in den meisten geht es jedoch um Pflege. Wir sind der Meinung, dass es wichtig ist, dass Ärzte und Patienten lernen, kritisch zu denken, und dass man sich gezielt mit dem Lehren und Lernen der entsprechenden Fähigkeiten befassen sollte. Angesichts des Interesses, das dem kritischen Denken im Bildungswesen allgemein entgegengebracht wird, beleuchten wir auch, warum Experten und Forscher aus dem Gesundheits- und dem

Bildungswesen zusammenarbeiten müssen, damit Menschen kritisch über die gesundheitsbezogenen Entscheidungen nachdenken können, die sie im Laufe ihres Lebens treffen.

Schlüsselkompetenz für Ärzte und Patienten

Kritisches Denken ist im Bildungswesen kein neues Konzept: Der US-amerikanische Bildungsreformer John Dewey erkannte schon Anfang des vergangenen Jahrhunderts, dass man Schüler und Studierende dabei unterstützen muss, „gut zu denken“³.

Das kritische Denken umfasst ein breites Spektrum von Fertigkeiten und Einstellungen, unter anderem kognitive Fähigkeiten (wie Analyse, Schlussfolgerung und Selbstregulation), Herangehensweisen an konkrete Frage- oder Problemstellungen (Ordnung, Sorgfalt und Angemessenheit) sowie Herangehensweisen an das Leben allgemein (Neugier, darauf Wert legen, gut informiert zu sein, und geistige Offenheit).⁴

Immer mehr Evidenz macht deutlich, dass die Entwicklung von Fähigkeiten des kritischen Denkens nicht nur einen günstigen Einfluss auf die akademischen Leistungen hat, sondern auch auf die Argumentations- und Problemlösungsfähigkeit insgesamt.⁵ So wird zum Beispiel Lehrern im Rahmen des Programms „Thinking, Doing, Talking Science“ ein Repertoire an Strategien vermittelt, wie Grundschüler dazu ermuntert werden können, im Sachunterricht Fertigkeiten des kritischen Denkens anzuwenden. Eine unabhängige randomisierte Studie zu diesem Ansatz ergab eine positive Wirkung auf die Leistungen der Schüler im Sachunterricht und Hinweise darauf, dass vor allem Schüler aus ärmeren Familien profitieren.⁶

In der Medizin wurde in den vergangenen 40 Jahren zunehmendes Augenmerk auf die „kritische Würdigung“ gelegt. Diese ist ein Teilbereich des kritischen Denkens, bei dem die Frage im Vordergrund steht, wie man wissenschaftliche Evidenz als Grundlage für fundierte gesundheitsbezogene Entscheidungen nutzt.⁷⁻⁹ Die Notwendigkeit der kritischen Würdigung in der Medizin wurde schon vor mindestens 75 Jahren erkannt¹⁰, und die kritische Würdigung ist seit einigen Jahrzehnten als Schlüsselkompetenz für Ärzte anerkannt¹¹. In den Good Medical Practice-Leitlinien des britischen General Medical Council heißt es, dass Ärzte in der Lage sein müssen, „wirksame Therapien auf Grundlage der besten verfügbaren Evidenz bereitzustellen“¹².

Kritisches Denken im Gesundheits- und Bildungswesen

FORTSETZUNG

Wenn Patienten und die Öffentlichkeit fundierte Gesundheitsentscheidungen treffen sollen, müssen sie ebenfalls in der Lage sein, die Zuverlässigkeit von Health Claims und Gesundheitsinformationen zu beurteilen. Dies fällt den meisten Menschen schwer und wird zudem immer wichtiger, da die Patienten sich stärker um ihre Gesundheit kümmern und bei medizinischen Entscheidungen einbringen¹³ und gleichzeitig mit immer mehr Gesundheitsinformationen umgehen müssen, von denen viele nicht verlässlich sind^{14–17}.

Kritisches Denken lehren

Fähigkeiten des kritischen Denkens finden zwar in den Standards für die Mediziner Ausbildung kaum ausdrückliche Erwähnung, sind jedoch als Schlüsselkompetenz in vielen Ländern Bestandteil der meisten Lehrpläne für Grund- und weiterführende Schulen.¹⁸ Trotzdem tendiert die gesundheitliche und naturwissenschaftliche Bildung, wie auch die Bildung allgemein, immer noch eher zum Auswendiglernen als zur Förderung des kritischen Denkens.^{19,20} Dies spielt eine Rolle, weil die Fähigkeit zum kritischen Denken eine unverzichtbare Alltagskompetenz ist, die in vielen Situationen relevant ist, um Entscheidungen zu treffen. Die Fähigkeit zum kritischen Denken entwickelt sich, wie ein Großteil des Lernens, in der Schule und zu Hause: Der Einfluss der Eltern verschafft denjenigen Schülern einen Vorteil, die zu Hause dazu ermuntert werden, über das, was sie tun, nachzudenken und zu sprechen. Vor allem geht dies über das simple Absolvieren von Aufgaben hinaus, hin zu einem tieferen Verständnis für Lernprozesse. Daher muss der „Lücke des kritischen Denkens“ zwischen Kindern aus benachteiligten Milieus und ihren besser gestellten Altersgenossen so früh wie möglich entgegengewirkt werden.

Auch wenn es möglich ist, Erwachsenen kritisches Denken beizubringen, gelingt dies wahrscheinlich leichter, wenn die Grundlagen hierfür schon im Bildungsumfeld der frühen Lebensjahre gelegt wurden, beginnend in der Grundschule. Falsche Annahmen, Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich in der Kindheit ausbilden, lassen sich später oft nur noch schwer ändern.^{21,22} Dies gilt auch für die medizinische Bildung und für medizinische Fachkräfte. Ohne Fundament, auf das man aufbauen kann, und ausreichend Zeit zum Erwerb dieser Fähigkeiten wird es immer schwieriger, diese zu vermitteln.

Strategien, um Studierenden kritisches Denken beizubringen, wurden in gesundheitsbezogenen und medizinischen Studiengängen, in den Naturwissenschaften, Ingenieurwissenschaften, der Informatik und Mathematik sowie anderen Fächern untersucht.²³ Diese Studien deuten darauf hin, dass Fertigkeiten des kritischen Denkens gelehrt werden können und dass die Studierenden bedeutende Defizite in ihrem Urteilsvermögen zeigen, wenn kritisches Denken nicht explizit vermittelt wird. Bei

Studien in Gesundheitsfächern schneiden viele Medizinstudenten bei Tests, mit denen die Fähigkeit zum kritischen Denken gemessen wird, schlecht ab, und die Fähigkeit zum kritischen Denken korreliert mit dem akademischen Erfolg.^{24,25}

Die Prüfung von Strategien für die Lehre des kritischen Denkens in der Medizin hat sich bisher vornehmlich auf Fertigkeiten der kritischen Würdigung im Rahmen der evidenzbasierten Medizin konzentriert. Ein Blick auf die systematischen Übersichtsarbeiten zu diesen Studien lässt darauf schließen, dass eine Verbesserung der Kompetenzen auf dem Gebiet der evidenzbasierten Medizin einen mehrgleisigen, klinisch integrierten Ansatz einschließlich Prüfungen erfordert.²⁶

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das internationale Projekt „Informed Health Choices“, das sich die Verbesserung der Entscheidungsfindung zum Ziel gesetzt hat, zeigt die Chancen und Vorteile einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Bildungs- und Gesundheitswesen auf.²⁷ Bei dem Projekt erarbeiten Mitarbeiter aus dem Bildungswesen und dem Gesundheitswesen gemeinsam einen Lehrplan und Lernressourcen für kritisches Denken in Bezug auf jegliche Maßnahmen, die angeblich die Gesundheit verbessern sollen. Ziel ist es, effektive Lernressourcen für den Einsatz ab der Grundschule zu entwickeln, zu bestimmen und deren Anwendung zu fördern, damit Menschen als Patienten und medizinische Fachkräfte, aber auch als Bürger und Politiker, fundiertere Entscheidungen treffen können.

Das Projekt greift auf verschiedene Methoden aus dem Bildungswesen zurück, unter anderem die Entwicklung eines „Spiralcurriculums“, Messinstrumente und die Gestaltung von Lernressourcen. Den Ausgangspunkt des Spiralcurriculums bilden die Dinge, die Menschen wissen und können sollten, und der Lehrplan stellt dar, wo die Lernenden beginnen und auf welchem Weg sie die Lernziele erreichen sollen. Die Grundbegriffe werden mehrfach behandelt und so lange vertieft, bis die Lernenden sie sicher beherrschen.^{28,29} Außerdem nutzt das Projekt Ergebnisse und Methoden der Bildungsforschung, um zuverlässige und valide Instrumente zur Messung des Lernfortschritts zu entwickeln.^{30–32} Die Entwicklung von Lernressourcen zur Vermittlung dieser Fertigkeiten stützt sich ebenfalls auf die Bildungsforschung, unter anderem Bildungspsychologie, Motivationspsychologie sowie Forschungen und Methoden zur Entwicklung von Lernspielen.^{33–35} Ebenfalls eingeflossen sind Traditionen der klinischen Epidemiologie und der evidenzbasierten Medizin, um die maßgeblichen Konzepte zur Beurteilung von Health Claims zu identifizieren.²⁹

Es ist schwierig, kritisches Denken in abstrakter Form zu lehren, deshalb kann die Fokussierung auf das Thema Gesundheit auch über den Nutzen hinaus sinnvoll sein, den die Verbesserung der gesundheitlichen Bildung für die öffentliche Gesundheit bedeu-

tet.³⁶ Fast jeder interessiert sich für Gesundheit, auch Kinder, sodass sich die Lernenden leicht motivieren lassen. Außerdem ist das Thema für Schüler unmittelbar relevant. Ein 10-Jähriger an einer Schule, die an einem Pilotprojekt mit Ressourcen für Grundschulen teilnahm, drückte es so aus: Es gehe um „Dinge, die wir tatsächlich benutzen könnten, anstatt Dinge, die wir vielleicht benutzen könnten, wenn wir erwachsen sind, und bis dahin vergessen haben“. Bei der derzeitigen Projektauswertung stehen die Ergebnisse im Zusammenhang mit der Einschätzung von Therapie-Claims im Vordergrund, doch wenn die Intervention sich als vielversprechend erweist, könnte der nächste Schritt darin bestehen, Möglichkeiten der Übertragung dieser Fertigkeiten auf weiter gefasste Bildungskontexte und ergebnisse zu eruieren.

Kritisches Denken und darüber hinaus

Es eröffnen sich interessante Möglichkeiten für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Bildungswesen. Das kritische Denken ist ein brauchbares Beispiel, doch auch andere Themen berühren beide Gebiete, unter anderem Ernährung, Sport, bildungsbezogene Neurowissenschaft, Lernbehinderungen und besondere Lernbedürfnisse sowie geistige Gesundheit.

Neben den gemeinsamen Themen bieten auch mehrere gemeinsame methodische und konzeptionelle Problemstellungen Gelegenheit, sich über Ideen und Innovationen auszutauschen und aus Fehlern und Erfolgen zu lernen. In Großbritannien beispielsweise fungiert die Stiftung Education Endowment Foundation im Auftrag der Regierung als „What Works Centre“ für Bildung, mit dem Ziel, evidenzbasierte Entscheidungsprozesse zu verbessern. In den von der Stiftung veranstalteten Gesprächsrunden wird sondiert, wie sich Methoden der Leitlinienentwicklung aus dem Gesundheitswesen für das Bildungswesen und andere Bereiche anpassen und dort anwenden lassen.

Umgekehrt ist die von der Stiftung praktizierte universelle Anwendung einer unabhängigen Evaluation für Lehr- und Lerninterventionen ein Ansatz, der auch im Gesundheitswesen erwogen, angepasst und angewendet werden sollte. Da Entwicklung und Evaluation der Bildungsinterventionen voneinander getrennt sind, haben die Evaluierer kein persönliches Interesse an den Beurteilungsergebnissen, alle Ergebnisse werden veröffentlicht und Voreingenommenheit und Einflussnahme bei der Analyse und Darstellung der Ergebnisse werden verringert. Von der Industrie finanzierte Arzneimittel- und Medizinproduktstudien liefern dagegen regelmäßig Ergebnisse zugunsten der Hersteller.³⁷

Ein weiteres Beispiel für die Zusammenarbeit zwischen Bildungsexperten und Medizinern ist die Best Evidence Medical Education Collaboration, eine internationale Kooperation zur

Verbesserung der ärztlichen Ausbildung.³⁸ In Großbritannien koordiniert das Centre for Evidence Based Medicine das Projekt „Evidence in School Teaching (Einstein)“, das sich für die Aufnahme der evidenzbasierten Medizin in die allgemeine naturwissenschaftliche Bildung an Schulen einsetzt.³⁹ Schüler, Lehrer und die Öffentlichkeit sollen mit der evidenzbasierten Medizin vertraut gemacht werden und ein kritisches Denken entwickeln, um Health Claims bewerten und bessere Entscheidungen treffen zu können.

Zusammenarbeit war auch beim Aufbau der Critical Thinking and Appraisal Resource Library (CARL)⁴⁰ maßgeblich, deren Ressourcen Menschen helfen sollen, faire Therapievergleiche zu verstehen. Ein wichtiges Ziel der CARL ist die Förderung der Evaluation dieser auf kritisches Denken ausgerichteten Ressourcen und Interventionen, von denen einige zurzeit bei der Education Endowment Foundation laufen. Am 22. Mai 2017 richtete die Stiftung gemeinsam mit dem Royal College of Paediatrics and Child Health eine Veranstaltung aus, bei der das gemeinsame Interesse beider Organisationen an Fähigkeiten des kritischen Denkens und der kritischen Würdigung im Mittelpunkt steht.

Die Interessen von Bildungs- und Gesundheitswesen überschneiden sich. Ärzte, Lehrer, Wissenschaftler, Patienten, Lernende und die Öffentlichkeit können allesamt davon profitieren, wenn sie gemeinsam daran arbeiten, Menschen dabei zu helfen, ihre Entscheidungen kritisch zu hinterfragen. Veranstaltungen wie der Global Evidence Summit im September 2017 (<https://globalevidencesummit.org>) können den internationalen Erfahrungsaustausch fördern.

Autoren und Quellen: Dieser Artikel spiegelt Schlussfolgerungen aus Gesprächen wider, die im Lauf des Jahres 2016 zwischen Forschern aus dem Bildungs- und dem Gesundheitswesen geführt wurden und bei denen Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit und des interdisziplinären Lernens erörtert wurden. Zu dieser Gruppe gehören Personen mit seit Langem bestehenden Interesse an evidenzbasierter Politik und Praxis und Expertise in den Bereichen Evaluationskonzeption, Auswertungsmethodik, Wissensmobilisierung sowie kritisches Denken und kritische Würdigung.

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

Herkunfts- und Begutachtungangaben: keine Beauftragung; extern begutachtet.

Die Literaturliste ist in der Redaktion von BERLINER ÄRZTE auf Nachfrage erhältlich: presse@aekb.de

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 / Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
06.09.2017	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/408 06-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Anmeldung erforderlich kein Teilnehmerentgelt	keine
23.09.2017	6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Ist „maximale“ Medizin optimal? (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1205 (Organisation), Tel.: 030/40806-1211 (Inhalte) oder per E-Mail: Fortbildungskongress@aekb.de	10 P
11.09. – 16.09.2017 16.10. – 21.10.2017 04.12. – 09.12.2017	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de	150 P
14.10.2017 und 18.10.2017	„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Organisation und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Claudia Schimmel, Pol.M.A. Tel.: 030/275 95 353 E-Mail: Schimmel@signal-intervention.de	12 P
16.10. – 18.10.2017	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
18.10. – 20.10.2017	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
21.10.2017	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
Online-Modul: 01.10. – 02.11.2017 Präsenz-Modul: 02.11. – 04.11.2017	Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRs und M&M-Konferenzen (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 500 €	34 P
Selbstlernphase: 01.11. – 05.12.2017 Präsenztage: 06.12., 08.12. und 09.12.2017	Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	35 P
09.12.2017	Impfungen in der Praxis (weitere Informationen s. S. 26)	Kaiserin-Friedrich-Haus Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	8 P

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? Die Basis des Lernens aus Fehlern ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls.

Das systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlern und praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRs-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

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

Online-Modul: 01.10. - 01.11.2017

Präsenz-Modul: 02.11. - 04.11.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das Teilnehmerentgelt beträgt 500 €. Anerkannt mit 34 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 14 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

Information und Anmeldung:

Elke Höhne, Tel. 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de.

Spezialkurse im Strahlenschutz

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 23.11.2017, 09.00 - 17.00 Uhr

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 24.11.2017, 09.00 - 17.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet jeweils 155 €.

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

6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Ist „maximale“ Medizin optimal?

Unter dem Stichwort „preventing overdiagnosis“ wird international diskutiert, wie gute Indikations- und Behandlungsqualität erreicht werden, auch ohne alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vollständig auszuschöpfen: vom medizinischen „can do“ hin zu „mehr Arzt und weniger Medizin für das individuell Sinnvolle“.

Termin: 23.09.2017, 09.00 - 17.00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.aekb.de/FB-Kongress2017 und hier im Heft auf Seite 6.

Teilnehmerentgelt: 75 € (Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

100 € (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

Ihre schriftliche Anmeldung senden Sie bitte an: Fortbildungskongress@aekb.de
Die Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit 10 Fortbildungspunkten anerkannt.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stundenkurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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: 11.09. - 16.09.2017

Präsenzwoche 2: 16.10. - 21.10.2017

Präsenzwoche 3: 04.12. - 09.12.2017

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

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 030/408 06-1402 (Organisation),
Tel.: 030/408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

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

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

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

Termin: 17.11.2017, 09.00 - 16.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 €, 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 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 - 21.15 Uhr
06.09.2017, 08.11.2017 und 29.11.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt (gesamt): 550 €

Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203; E-Mail: A.Hellert@aekb.de

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: 09.12.2017, 09.00 - 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: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1215, Fax: 030/40806-55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Teilnehmerentgelt: 100 €

Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen

Patientensicherheit ist ein elementarer Aspekt jeder ärztlichen Tätigkeit und eng verknüpft mit ärztlicher Haftpflicht. Wichtigstes Lernziel der interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern einsetzen zu können. Zudem sollen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss des Seminars im Falle eines Behandlungsfehlers (bzw. beim Vorwurf eines solchen) sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik) beitragen können.

Das Seminar besteht aus einer einleitenden Selbstlernphase (E-Learning) und einem Präsenzmodul.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH
Prof. Dr. med. Peter Marx

Termine: Selbstlernphase:

6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten zwischen 01.11. – 05.12.2017

Präsenztage:

06.12.2017 (14.00 - 19.15 Uhr)

08.12.2017 (09.00 - 16.30 Uhr)

09.12.2017 (09.00 - 16.00 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de

Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt

Teilnehmerentgelt: 450 €

Notfallversorgung wird in der Kammer intensiv diskutiert

Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. Juli 2017

Das Thema Notfallversorgung hat die Juli-Sitzung der Delegiertenversammlung maßgeblich bestimmt. Der Krankenhausausschuss der Ärztekammer Berlin hatte dazu den Delegierten ein Diskussionspapier vorgelegt, in dem Überlegungen zur sektorübergreifenden Notfallversorgung in Berlin zusammengefasst waren. Dieses bot dann auch reichlich Diskussionsstoff. Gänzlich diskussionsfrei waren hingegen die Nachwahlen von Mitgliedern in der Haushaltskommission und in drei Weiterbildungsausschüssen. Diese erfolgten jeweils einstimmig.

Von Sascha Rudat

Zu Beginn der Sitzung begrüßte Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) das neue DV-Mitglied Klaus-Peter Spies. Er war für Svea Keller (beide Allianz Berliner Ärzte), die kürzlich von ihrem Amt zurückgetreten war, nachgerückt. Spies war schon einmal Mitglied der Delegiertenversammlung. Im Anschluss ließ Jonitz den 120. Deutschen Ärztetag Revue passieren. Er hob dabei insbesondere die aktive Rolle der Berliner Delegierten in Freiburg hervor.

Danach ging er auf das neue Berliner Heilberufekammergesetz ein, das wenige Tage zuvor den Berliner Senat passiert hatte. Dieses neue Gesetz wird das bisherige Berliner Kammergesetz und das Weiterbildungsgesetz ersetzen. Voraussichtlich im Herbst wird es durch das Abgeordnetenhaus gehen. BERLINER ÄRZTE wird in einer der nächsten Ausgaben darüber berichten.

Extrem belastetes System

Nachfolgend stellte der Vorsitzende des Krankenhausausschusses, Vorstandsmitglied Thomas Werner (Marburger Bund), das Thesenpapier zur sektorübergreifenden Notfallversorgung vor. Wie Werner einleitend erklärte, gehe es darum, einen Diskussionsprozess anzustoßen. Dabei habe man sich am Gutachten des AQUA-Instituts „Ambulante Notfallversorgung - Analyse und Handlungsempfehlungen“ aus dem Jahr 2016 ori-

entiert. „Allerdings haben wir in Berlin eine ganz besondere Situation. Deshalb kann man hier Stellungnahmen für die Bundesebene nicht 1:1 umsetzen.“ Werner skizzierte dann die aktuelle Situation in der Hauptstadt. Es gebe einen enormen Ansturm auf die Rettungswagenanfahrten im Jahr 2016 auf 318.600 gegenüber 305.210 im Vorjahr – ein Anstieg um rund 4 Prozent innerhalb eines Jahres also. Im Jahr 2012 hat es in Berlin insgesamt 1,2 Millionen Rettungswagenpatienten gegeben – Tendenz weiter steigend. Im ambulanten Be-



Referent Thomas Werner



reiche gehen beim ärztlichen Bereitschaftsdienst jährlich rund 300.000 Anrufe ein, 150.000 – 160.000 Hausbesuche folgen. Die Situation ist also dramatisch und verschärft sich weiter.

Als Lösungsansätze stellte Werner 8 Handlungsempfehlungen vor. Dazu gehörte die Einrichtung von Portalpraxen (integriert in die Rettungswagen mit dortiger Triage zur Steuerung der Patientenströme über klar definierte Zuständigkeiten von KV-Notdienst, Portalpraxen und Rettungswagen bis hin zur Anpassung von Vergütungsregelungen. Vorgeschlagen wurde auch die Einrichtung einer gemeinsamen Leitstelle von Feuerwehr und KV. Eine weitere Handlungsempfehlung war die Sicherstellung der Qualifikation der an der Notfallversorgung beteiligten Ärzte. Und nicht zuletzt sollte die Patientenaufklärung intensiviert werden, damit die Patienten im Notfall wissen, wohin sie sich sinnvollerweise wenden können. „Es heißt immer, Patienten kann man nicht umerziehen. Das sehen wir etwas anders“, betonte Werner.

Hitzige Diskussion

Die nachfolgende, lange und teils hitzige Diskussion zeigte, dass es sich bei der Notfallversorgung um eine höchst komplexe Problemlage handelt, auf die es

zum Teil sehr unterschiedliche Sichtweisen gibt – nicht zuletzt abhängig von der Art der eigenen ärztlichen Tätigkeit.

Wolfram Singendonk (Fraktion Gesundheit), niedergelassener Kinderarzt, nannte das Papier „sehr löblich“. Dabei sei das Problem uralte. „Wir haben seit 40 Jahren viel versucht, die Patientenströme zu regulieren.“ Er verwies darauf, dass viele Notfälle auch von den niedergelassenen Kollegen ambulant behandelt würden.

Christiane Wessel (Fraktion Gesundheit), niedergelassene Gynäkologin und Vorsitzende der Vertreterversammlung der KV Berlin, bezeichnete das Diskussionspapier als „sehr krankenhaustauglich“. „Die ambulante Notfallversorgung geht aus unserem Topf und zwar unbudgetiert. Da sind wir natürlich nicht erfreut“, erklärte sie. Sie glaube nicht, dass man Patienten nicht umerziehen könne. Dies werde allerdings nicht durch Appelle gelingen. Sie verwies in diesem Zusammenhang auf die gestiegenen Patientenzahlen nach der Abschaffung der Praxisgebühr. Eine vorgeschlagene 24-Stunden-Öffnung der Portalpraxen hielt Wessel nicht für nötig. Aus ihrer Sicht bestehe in Berlin vielmehr eine Über- als eine Unterversorgung.

Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit) bedankte sich für die Erarbeitung des Thesenpapiers. Er hielt vor allem das Thema Finanzierung für problematisch. „Wir können eine Notfallversorgung nicht aus den jetzigen Töpfen bezahlen. Da muss eine Zusatzfinanzierung her. Wir müssen da die Politik in die Pflicht nehmen“, zeigte er sich überzeugt.

Wenig begeistert von einigen Punkten des Papiers war der Hausarzt Wolfgang Kreisler. Er wünschte sich „weichere Formulierungen“, da sonst einige Forderungen schnell fixiert würden. Aus seiner Sicht werde den Patienten derzeit suggeriert, sie könnten alles jederzeit in Anspruch nehmen. Ein Teil der Inanspruchnahme entstehe dadurch, dass Patienten mangelhaft über die Versorgungsstrukturen aufgeklärt seien.

Vorstandsmitglied Werner Wyrwich (Marburger Bund), ebenfalls an dem

Papier beteiligt, erläuterte die Notwendigkeit von Portalpraxen, die 24 Stunden geöffnet haben. „Die Inanspruchnahme erfolgt über den ganzen Zeitraum. Wir sprechen von einer Größenordnung, die erschreckend ist. Wie bekommt man in so einem System eine für den Patienten sinnvolle Versorgung?“

Kammerpräsident Jonitz sprach sich in diesem Zusammenhang dafür aus, zunächst eine umfassende und solide Zahlengrundlage zu schaffen. Für das Finden von Lösungen sei es notwendig, zu wissen, wann welche Patienten wo auflaufen.

Der niedergelassene HNO-Arzt Matthias Lohaus (Allianz Berliner Ärzte) machte seinem Unmut über das Papier des Krankenhausausschusses Luft. „Unter diesen Bedingungen zu erwarten, dass wir noch mehr machen, ist nicht akzeptabel“, betonte er. Das Papier greife zu stark in seine ärztliche Freiheit ein, monierte er.

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) zeigte sich überzeugt, dass es nicht mehr Geld für die Notfallversorgung geben werde, ein „dritter Topf“, der mit Mitteln aus dem ambulanten und stationären Sektor bestückt wird, aber zwingend notwendig sei. In Richtung Matthias Lohaus gewandt erklärte er, dass das Papier vor allem ein Mittel sei, um den ambulanten Bereich zu stärken. „Derjenige, der in die Rettungsstelle kommt, wird vom ambulanten Sektor gesehen. Der ambulante Sektor, der den Sicherstellungsauftrag hat, hat damit auch die Kompetenz, zu verhindern, dass aus dem ambulanten Sektor Geld in die Krankenhausrettungsstelle abfließt“, erläuterte er einen der Vorschläge aus dem Thesenpapier.

Vizepräsidentin Regine Held (Allianz Berliner Ärzte) sah hingegen keine Notwendigkeit für die Schaffung von Portalpraxen. Diese würden nur neue Patientenströme erzeugen. Es gebe ein gut funktionierendes ambulantes System. An erste Stelle gehöre für sie vielmehr die Patientenaufklärung, forderte sie.

Vorstandsmitglied Bernd Müller (Allianz Berliner Ärzte) fehlten Daten zur Zahl der Notfälle in den Praxen. Diese sollte noch als Grundlage für weitere Gespräche ermittelt werden. Insgesamt finde er das Papier auch „zu krankenhaustauglich“, gleichzeitig begrüßte er die von Delegierten aller Listen geäußerte Bereitschaft, bei diesem Thema eng mit der KV Berlin zusammenzuarbeiten. Müller erklärte weiter, er sehe drei Gruppen von Notfällen: So gebe es die „echten“ Notfälle, dann die Fälle, die durchaus im niedergelassenen Bereich abgehandelt werden könnten sowie eine dritte Gruppe aus Bagatellfällen oder fehlgeleiteten Fällen. Um die letztgenannte Gruppe zu reduzieren, plädierte Müller für die Einführung einer sozialverträglichen Behandlungsgebühr beim Eintritt in das Notfallsystem, auch wenn dies nicht populär sei. Einen entsprechenden Antrag hatten er und drei weitere Berliner Delegierte bereits auf dem Deutschen Ärztetag eingereicht.

Die Gemüter etwas zu beruhigen, versuchte dann Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit): „Wir sind alle in einer Situation, wo es nicht einfach ist.“ Die Notfallversorgung betreffe nicht nur die KV, sondern gleichermaßen die Krankenhäuser. „Wir in den Kliniken wollen uns nicht die Bagatellfälle an Land ziehen. Damit verdienen wir nichts“, erklärte sie und zeigte sich überzeugt, dass es wahrscheinlich nur mit einem dritten Finanzierungstopf für die Notfallversorgung gehen werde.

Referent Thomas Werner betonte abschließend, dass sich die Ärztekammer an der Diskussion um eine bessere Notfallversorgung weiterhin beteiligen und zusammen mit der KV nach Lösungen suchen sollte. Diesem Appell schlossen sich weitere Delegierte an. Das Thema bleibt also spannend.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet am Mittwoch, **27. September 2017** um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt. Die Sitzung ist wie immer kammeröffentlich.

Mehr Wissen, mehr Teilhabe, mehr Gesundheit

Berliner Gesundheitspreis 2017 prämiert fünf Projekte zum Thema „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“

Deutschland ist ein Einwanderungsland und ein Blick auf die Gesundheitsversorgung zeigt: Menschen mit Migrationshintergrund profitieren oft nicht in gleichem Maße von dieser wie die übrige Bevölkerung. Als Patienten finden sie sich weniger gut in unseren Versorgungsstrukturen zurecht, haben Verständigungsschwierigkeiten und wissen weniger über das Leistungsangebot. Ausländische Ärzte haben es wiederum schwer, hier Fuß zu fassen und das, obwohl sie dringend gebraucht werden. Der diesjährige Berliner Gesundheitspreis, der wieder gemeinsam vom AOK-Bundesverband, der AOK Nordost und der Ärztekammer Berlin verliehen wurde, widmete sich beiden Aspekten: der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund und der Integration von ausländischen Fachkräften in das deutsche Gesundheitswesen. Im Rahmen einer feierlichen Preisverleihung wurden Mitte Juni fünf herausragende Projekte ausgezeichnet.

Von Michaela Braun

Zunächst gab es da diesen Artikel im Tagesspiegel. Er schilderte die Erfahrungen eines syrischen Arzt-Ehepaares, das nach Deutschland geflohen war. Der Artikel ging ihm nicht aus dem Kopf und so besuchte Rainer Katterbach, Chefarzt a. D. der Nervenklinik Spandau, das Aufnahmezentrum Marienfelde. Im persönlichen Gespräch mit syrischen Ärzten berichteten diese ihm von ihrer Dankbarkeit gegenüber Deutschland – aber auch von Orientierungslosigkeit und Existenzangst.

Katterbach erinnerte sich an eigene Erlebnisse aus der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und langsam entwickelte sich seine Idee: Statt die täglichen Schreckensmeldungen vom Schicksal syrischer Flüchtlinge über sich ergehen zu lassen, wollte er die neuen Kollegen unterstützen.

Monate nach diesem Entschluss steht der Berliner Psychoanalytiker sichtlich aufgeregt auf der Bühne des AOK-Bundesverbands und berichtet, wie es zur Idee für

das Patenschaftsnetzwerk des Berliner Vereins Alkawakibi kam, und nimmt gemeinsam mit Basel Allozy einen der beiden ersten Preise in der Kategorie II des Berliner Gesundheitspreises 2017 entgegen. „Später erschien ein Aufruf im Berliner Kammerblatt (Berliner Ärzte 06/15) auf den sich rund 50 Ärzte gemeldet haben und uns seitdem als Mentoren oder Sprachpaten unterstützen.“ Mit leuchtenden Augen und zitternder Stimme berichtet Katterbach von den Entwicklungen und dass es mittlerweile sogar eine Fußballmannschaft gibt. Und bevor er die Bühne verlässt, erklärt er noch schnell: „Allerdings brauchen wir nach wie vor weitere Mentoren und hoffen sehr, dass wir mit diesem Preis noch mehr Aufmerksamkeit erzeugen und weitere Ärzte animieren können, sich bei uns zu melden und uns zu unterstützen!“ Insgesamt werden an diesem Nachmittag fünf Preise vergeben.

Kulturelle Vielfalt für das Gesundheitswesen

Deutschland ist ein Einwanderungsland, in dem nicht erst seit der sogenannten Flüchtlingswelle im Jahr 2015 Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturen leben. Von 81 Millionen Einwohnern sind 16,4 Millionen selbst zugewandert oder Kinder beziehungsweise Enkelkinder von Zuwanderern. Dementsprechend sind in-



Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe umgeben von glücklichen Preisträgern und den stolzen Veranstaltern des Berliner Gesundheitspreises 2017.

Die Preisträger der Kategorie I „Gesundheitsförderung und -versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund“ im Überblick

1. Platz

Der Berliner **Verein Medizin Hilft e. V.** ist seit 2014 unter dem Motto „Medizin für alle“ ehrenamtlich tätig. Mittlerweile engagieren sich hier rund 120 Ärzte, Pflegekräfte sowie viele weitere Helfer. Sie kümmern sich beispielsweise um die Erstversorgung von Geflüchteten, behandeln Menschen ohne Krankenschein und bieten Informationsveranstaltungen zu gesundheitsbewusstem Verhalten an.

Preisgeld: 15.000 Euro

Kontakt: Dorothea Herlemann, Mobil: 0176 / 63 15 18 37, E-Mail: herlemann@medizin-hilft.org, Internet: www.medizin-hilft.org

2. Platz

Der Berliner Selbsthilfeverein **InterAktiv e. V.** setzt sich für Menschen ein, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, wenn es um die Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung geht: für Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen UND Migrationshintergrund. Dafür unterstützen die Mitarbeiter Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund sowie deren Familien bei der Suche nach passenden Hilfsangeboten und schaffen Begegnungsräume für sie. Zudem ist die Hilfe zur Selbsthilfe ein wichtiges Anliegen des Vereins: In verschiedenen Selbsthilfegruppen stärken sich die Betroffenen gegenseitig den Rücken. Zudem verleiht der Verein den Familien über die eigene Arbeit hinaus auch politisch eine Stimme.

Preisgeld: 10.000 Euro:

Kontakt: Pinar Can, Tel.: 030 / 49 08 85 85, E-Mail: p.can@interaktiv-berlin.de, Internet: www.interaktiv-berlin.de

Die Preisträger der Kategorie II „Integration von Fachkräften mit Migrationshintergrund“ im Überblick

In dieser Kategorie teilen sich zwei Projekte den ersten Platz:

1. Platz

Die Berliner Ärztinnen und Ärzte vom **Alkawakibi e. V.** haben ein Mentorenetzwerk gegründet und helfen ihren Kolleginnen und Kollegen aus Syrien hier in Deutschland anzukommen. Sie begleiten und unterstützen diese auf ihrem mitunter langen und nicht einfachen Weg in ein neues Leben mit einer fremden Sprache und neuen beruflichen Anforderungen..

Preisgeld: 10.000 Euro

Kontakt: Dr. Rainer Katterbach, E-Mail: rkatterbach@web.de sowie Dr. Susanne Amberger, Tel.: 030 / 25 90 06 30, E-Mail: amberger@alkawakibi.org, Internet: www.alkawakibi.org

1. Platz

Am Klinikum Itzehoe nehmen Sprachpaten und Dozenten im Rahmen des Projekts „**Vielfalt macht erfolgreich! Bildung und Integration im Klinikum Itzehoe**“ Flüchtlinge, die sich für einen Gesundheitsberuf interessieren an die Hand. Sie vermitteln Migranten innerhalb des zweijährigen Programms sowohl Sprach- und Kulturkenntnisse, als auch umfassendes Wissen aus den Bereichen Pflege, Medizin und Labor.

Preisgeld: 10.000 Euro

Kontakt: Regine Kracht, Tel.: 0172 / 543 68 55, E-Mail: r.kracht@kh-itzehoe.de, Internet: www.Klinikum-itzehoe.de

3. Platz

Der Bonner **Verein für Pflege- und Gesundheitsberufe e. V.** hilft Müttern mit ausländischen Wurzeln dabei, im Berufsfeld „Pflege“ Fuß zu fassen. Am Projekt „Mütter mit Migrationshintergrund in Pflegeberufe“ nehmen überwiegend alleinerziehende Mütter teil, die aus ganz unterschiedlichen Kulturkreisen stammen. Sie erhalten eine Ausbildung, die auf ihre besonderen Bedürfnisse zugeschnitten ist und werden dabei von Mentorinnen unterstützt, die selbst einen Migrationshintergrund haben.

Preisgeld: 5.000 Euro

Kontakt: Shilan Fendi, Telefon: 0228 / 965 45 40, E-Mail: fendi@bv-pg.de sowie Birgit Schierbaum, E-Mail: schierbaum@bv-pg.de und Edith Kühnle, E-Mail: kuehne@bv-pg.de, Internet: www.fachseminar-altenpflege-bonn.de

terkulturelle Herausforderungen nicht neu für das deutsche Gesundheitswesen und es gibt bereits zahlreiche Projekte sowie Initiativen, die sich mit der Thematik befassen. Um diese – ganz im Sinne der Philosophie des Berliner Gesundheitspreises – noch bekannter zu machen, hatten die Initiatoren die nunmehr elfte Ausschreibung des Wettbewerbs unter das Motto „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“ gestellt und zwei Schwerpunkte gesetzt. So ging es zum einen um eine gleichermaßen gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund und zum anderen um die Integration von Fachkräften aus dem Ausland. „Kulturelle Vielfalt heißt, voneinander zu lernen und dieses Wissen in die Gesundheitsversorgung einzubringen“, so Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes zur Wahl des Themas. Man wolle die vielen Akteure der Gesundheitsversorgung anregen, die Chancen dieser Vielfalt zu nutzen und neue Wege der Integration zu gehen.

Die Eckdaten: wer, was und vor allem wie

Wie auch in der Vergangenheit wurde der Preis bundesweit ausgeschrieben und richtete sich diesmal an:

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

Die Initiatoren suchten in der Kategorie I unter anderem Projekte, die

- das Gestalten von Organisationsabläufen und die Patientenansprache in den Einrichtungen der medizinischen Versorgung kultursensibel gewährleisten;
- Zugang zu wissenschaftlich fundiertem, evidenzbasiertem Wissen in verständlicher Sprache anbieten;
- sich für eine bessere Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einsetzen und deren aktive Beteiligung am Gesundheitsprozess unterstützen;



Sevgi Bozdog und Pinar Can vom Selbsthilfeverein InterAktiv mit Kammerpräsident Günther Jonitz (v. l.)

denen die unabhängige Jury die fünf Preisträger ausgewählt hat.

Thematische Punktlandung

Der Jury sei die Entscheidung bei so vielen qualifizierten Bewerbungen vermutlich nicht leichtgefallen, erklärte Litsch dann auch bei der Preisverleihung Mitte Juni und dankte gleichzeitig den Juroren für ihre gute Arbeit.

der Schlüssel dafür, so Gröhe weiter, und die Türen dazu öffneten oftmals die ehrenamtlich Tätigen. So würden gerade die Preisträger des diesjährigen Berliner Gesundheitspreises zeigen, was eine menschliche Gesellschaft brauche: „nicht nur Vorschriften, sondern Vorbilder“.

„Die dafür notwendige Toleranz und Offenheit sind Tugenden der Medizin“, nahm dann der zweite Redner der Veranstaltung, Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, den Faden des Ministers wieder auf. Und erklärte im Gespräch mit Carmen Hentschel, der Moderatorin des Nachmittags, dass die Medizin schon immer international und „multikulti“ gewesen sei. Auf Hentschels Frage, was aus Sicht der Ärzteschaft die größten Herausforderungen im Kontext von Migration und Gesundheit sind, verwies der Kammerpräsident auf die beiden Zielgruppen des Preises: „Patientinnen und Patienten kommen aus unterschiedlichen Teilen dieser Welt zu uns nach Deutschland und genauso kommen Ärzte und medizinisch-pflegerische Fachkräfte aus anderen Ländern zu uns.“ Dementsprechend gehe es momentan um die Frage: Wie gelingt es uns, Menschen aus anderen Kulturkreisen und Sprachräumen hier medizinisch gut zu versorgen und in unsere Gesellschaft und in unser Gesundheitssystem aufzunehmen – als Patienten, Fachkräfte und Mitbürger.

- Materialien mit kultursensiblen, wissenschaftlich fundierten Gesundheits- und Patienteninformationen bereitstellen, diese gezielt öffentlich zugänglich machen (auch online) und deren Nutzen evaluieren sowie
- kulturell geprägte Lebenspraktiken bei der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigen.

Für die Kategorie II wurden wiederum Projekte gesucht, die beispielsweise

- gezielt Fachkräfte im Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Muttersprachen einbinden, um Menschen mit Migrationshintergrund schnell und unbürokratisch entsprechende Angebote zu vermitteln;
- zügig entsprechende Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung fördern;
- helfen, sich innerhalb der organisatorischen, strukturellen und juristischen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems zurechtzufinden sowie Service und Netzwerke zur schnellen Orientierung anbieten;
- den kollegialen Austausch und das Miteinander der Gesundheitsberufe innerhalb der Einrichtungen des Gesundheitswesens erleichtern und unterstützen.

Nach der rund dreimonatigen Ausschreibungsphase freuten sich die Initiatoren über insgesamt 80 Bewerbungen, aus

Und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bekräftigte im Anschluss, dass es sich angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung bei dem Thema erneut um eine Punktlandung des Berliner Gesundheitspreises handelt. In seinem Grußwort bezog er sich auf die Herausforderungen der Aufnahme von Flüchtlingen: „Auf einen solchen Kraftakt ist keine Gesellschaft vorbereitet“, so der Minister. Daher gelte sein Dank vor allem den unzähligen ehrenamtlichen Helfern, denn zum heimisch werden in einer neuen Gesellschaft gehöre auch das Wissen, dass man gut aufgehoben ist. Teilhabe sei

Die unabhängige Jury des Berliner Gesundheitspreises setzte sich auch 2017 aus Ärzten, Krankenkassenvertretern, Politikern und Wissenschaftlern zusammen:

- Dr. Volker Hansen**, Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes
- Dr. med. Albert Jägle**, Oberarzt, DRK Kliniken Berlin
- Dr. med. Günther Jonitz**, Präsident der Ärztekammer Berlin
- Rainer Knerler**, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
- Staatsministerin Aydan Özoğuz**, Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer**, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- Prof. Dr. med. Jalid Sehoul**, Direktor der Klinik für Gynäkologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Staatssekretär Lutz Stroppe**, Bundesministerium für Gesundheit
- Enrico Triebel**, Rechtsanwalt Sozial- und Pfleregerecht, Gründungsmitglied des Deutsch-Polnischen Gesundheits- & Sozialverbandes e. V., Lehrbeauftragter an der BTU Cottbus-Senftenberg

Ausgereift und vielschichtig

„Deshalb hat mich als Mitglied der Jury des Berliner Gesundheitspreises auch ein Projekt besonders beeindruckt“, so Jonitz, als er mit der Laudatio für den 2. Preis in der Kategorie I beginnt. Der Preisträger, der Berliner Selbsthilfeverein InterAktiv e. V., setze sich für Menschen ein, die einen besonderen Unterstützungsbedarf haben, wenn es um die Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung geht: Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen UND Migrationshintergrund.

Für diese Menschen und ihre Angehörigen seien nicht nur sprachliche Barrieren eine Herausforderung, für sie gehe es vor allem auch darum, sich „im System“ so zu orientieren, dass eine adäquate medizinische Hilfe zum richtigen Zeitpunkt zur Stelle ist. „Es geht darum, dass diese Hilfe so zur Verfügung steht, dass sie von den Beteiligten ohne Scheu, Angst, Abwehr oder (kulturellen) Vorbehalt in Anspruch genommen werden kann. Das setzt weit mehr voraus als sprachliche Kompetenz.“ Und an dieser Stelle werde der Verein aktiv, so Jonitz. Für die Jury sei vor allem die ausgereifte und vielschichtige Herangehensweise des Vereins herausragend und beispielgebend gewesen. „Es gelingt, Sprache sowie den kulturellen Umgang mit Erkrankung und Behinderung, mit der Vermittlung von passgenauen Leistungsangeboten zu verbinden“, begründet Jurymitglied Jonitz die Entscheidung. So würden Hürden zur Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe abgebaut und die Gesundheitskompetenz der Familien nachhaltig gestärkt. Außerdem sei der Jury besonders positiv aufgefallen, dass sich der Verein, der seit 2011 besteht, kontinuierlich weiterentwickle.

Anschließend überreichte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe den ersten Preis in der Kategorie I „Fachkräfte mit Migrationshintergrund“ an den Berliner Verein Medizin Hilft e. V., der unter dem Motto „Medizin für alle“ seit 2014 ehrenamtlich tätig ist.

In der Kategorie II „Patienten mit Migrationshintergrund“ wurden von der Jury drei Preisträger ausgewählt, wobei sich zwei Projekte den ersten Platz teilten: der

Berliner Verein Alkawakibi e. V. und die Klinikum Itzehoe Akademie mit dem Projekt „Vielfalt macht erfolgreich! Bildung und Integration im Klinikum Itzehoe“. Der dritte Platz ging an den Bonner Verein für Pflege- und Gesundheitsberufe e. V. für sein Projekt „Mütter mit Migrationshintergrund in Pflegeberufe“. Überreicht wurden die Preise von Frank Michalak, Vorstand der AOK Nordost, von Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK Bundesverbandes sowie von der Staatsministerin und Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoğuz, wobei der Staatsministerin die Überleitung nach dem von herzhaftem Lachen belohnten Auftritt des Comedian Benaissa Lamroubal nicht ganz so leicht fiel. Dieser hatte in seinem rund 20-minütigen Programm unter anderem erklärt, dass er früher dachte, **AOK** bedeute „Ausländer ohne Krankenkasse“ und berichtet, wie schwer es für ihn als Kind war, seinem Vater die ärztlichen Diagnosen zu übersetzen. Schließlich gebe es in dessen Herkunftsland Marokko nur zwei Diagnosen: Fluch und böses Auge.

Ankommen in Deutschland

Trotz anhaltendem Gelächter im Saal fand die Ministerin aber zur Ernsthaftigkeit des Themas zurück und betonte, wie schon ihre Vorredner, dass zum Ankommen in einem fremden Land mehr als

das Erlernen der hiesigen Sprache gehöre. Dann überreichte sie einen der beiden ersten Preise an Rainer Katterbach und seinen syrischen Kollegen Basel Allozy. Denn, so die Begründung der Jury, die Berliner Ärztinnen und Ärzte bei Alkawakibi würden ihren Kolleginnen und Kollegen aus Syrien genau dabei helfen: „Sie begleiten und unterstützen diese auf ihrem mitunter langen und nicht einfachen Weg in ein neues Leben mit einer fremden Sprache und neuen beruflichen Anforderungen.“ Sie freue sich, schlug Özoğuz abschließend eine Brücke zu Gröhe und zum Beginn der Veranstaltung, dass dieser beeindruckende ehrenamtliche Einsatz heute belohnt werde.

Themen für die Öffentlichkeit

Der Berliner Gesundheitspreis wird seit 1995 alle zwei Jahre vom AOK-Bundesverband, der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse und der Ärztekammer Berlin vergeben. Er ist mit 50.000 Euro dotiert und wird jedes Mal zu einem anderen Thema ausgeschrieben. Dabei geht es den Initiatoren vor allem darum, Themen, die eine besondere Bedeutung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung haben in die Öffentlichkeit zu bringen. Um das zu erreichen, richtet sich die Ausschreibung stets an innovative und praxiserprobte Projekte sowie an Modelle oder zukunftsweisende Versorgungskonzepte, aus dem gesamten Bundesgebiet.

Die Berliner Gesundheitspreise von 1995-2017

1995:	Der Mensch ist unser Maß
1998:	Gesundheitsziele
2000:	Alter und Gesundheit
2002:	Fehlervermeidung in Medizin und Pflege
2004:	Hausarztmedizin der Zukunft
2006:	Im hohen Alter zu Hause leben
2008:	Adherence – Gesagt ist nicht getan
2010:	Auch Helfer brauchen Hilfe
2013:	Wie kommt Wissen in die Praxis?
2015:	Zusammenspiel als Chance
2017:	Migration und Gesundheit – Integration gestalten

Weitere Informationen finden sie Im Internet unter:
www.berliner-gesundheitspreis.de

Darf man in Deutschland zwei Facharztstitel führen?

Von Bismarck über Patientensicherheit bis hin zur kostenfreien Bewerbungsberatung

Im deutschen Gesundheitswesen steigt der Personalbedarf. Deshalb sind ausländische Mediziner und Pflegekräfte hierzulande sehr willkommen. Für diese sind die ersten Schritte aber meist alles andere als einfach. Der zunächst notwendige Anerkennungsprozess ist teilweise verwirrend, bürokratisch und manchmal von Bundesland zu Bundesland verschieden. Hinzu kommen rechtliche und administrative Rahmenbedingungen, welche die Wenigsten so aus ihren Heimatländern kennen und die sie nicht selten ratlos zurücklassen.

Von Michaela Braun

Ratlos sei aber auch der ein oder andere einheimische Arzt, wenn es um das komplexe Gebilde des hiesigen Gesundheitswesens gehe, so Kammervizepräsidentin Dr. Regine Held Ende Juni bei ihrer Begrüßung der Teilnehmer des diesjährigen Kompaktkurses „Das Deutsche Gesundheitssystem“ in der Kaiserin Friedrich-Stiftung. Daher, so Held weiter, lade die Ärztekammer Berlin ihre Neumitglieder auch regelmäßig zu sogenannten Begrüßungsgesprächen ein, um ihnen den beruflichen Einstieg zu erleichtern. Und so könnten diese beiden Kurstage auch als ein etwas längeres Begrüßungsgespräch verstanden werden. Dabei betont die Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin vor allem das Wort „Gespräch“ und fordert die Teilnehmer auf, viel nachzufragen und die Referenten des Kurses direkt anzusprechen. Für die Kammer sei es ein wichtiges Anliegen, dass die Teilnehmer ihr Fachwissen möglichst schnell im Arbeitsalltag anwenden können.

Aktuell zählt die Ärztekammer Berlin 1.760 Mitglieder mit ausländischer Staatsangehörigkeit und die Tendenz ist nach wie vor steigend. Das sei gut und wichtig, versichert Held in ihrer Ansprache. „Denn oftmals sind die Kollegen aus dem Ausland hervorragend ausgebildet und vor allem hoch motiviert.“ Zudem könnten diese auch als Sprach- und Kulturvermittler gegenüber Patien-



Vizekammerpräsidentin Regine Held forderte die Teilnehmer auf, viel nachzufragen.

ten mit Migrationshintergrund auftreten und würden daher umso dringender gebraucht.

Sprache als Schlüssel zur Integration

„Sie werden gebraucht“ – eine Aussage, die die anwesenden ausländischen Ärzte noch öfter hören, denn sie zieht sich

ebenso wie das Thema Sprachkompetenz durch die beiden folgenden Kurstage.

„Sprache ist der Schlüssel zur Integration – nicht nur sozial, sondern auch beruflich. Und für uns als Ärztinnen und Ärzte ist es von zentraler Bedeutung, dass wir unsere Patientinnen und Patienten verstehen und dass wir auch von Ihnen verstanden werden. Genauso wichtig ist es, dass die Verständigung mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen möglichst reibungslos läuft“, verdeutlicht auch Held die Wichtigkeit des Themas.

Dass die Anwesenden die deutsche Sprache zumindest schon gut verstehen, zeigt ihre Reaktion, als Dr. Henning Schaefer, Leiter der Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung der Ärztekammer, mit Humor in das komplexe Kursthema einsteigt: „Ein ehemaliger deutscher Gesundheitsminister soll gesagt haben, dass nur drei Menschen das deutsche Gesundheitssystem kennen – er habe sie aber noch nicht getroffen.“ Der Saal lacht und Schaefer hat die erste Hürde gemeistert. Der Rest seines Vortrages ist weniger humoristisch und vollgepackt mit Informationen: von den Grundlagen des deutschen Sozialstaates und Bismarck, über die Akteure auf Bundes- und Landesebene bis hin zum Patienten selbst. Schaefer gibt einen Überblick über die Strukturen im Gesundheitswesen und reißt die wichtigsten Themen an. Ein Blick auf die Uhr und zu Gisela Albrecht, der Geschäftsführerin der Kaiserin Friedrich-Stiftung, zeigt allerdings: Der Aufbau des deutschen Gesundheitssystems lässt sich unmöglich in 40 Minuten darstellen und so beendet auch Schaefer seinen Vortrag mit den geflügelten Worten des Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz: „Sie werden gebraucht, herzlich willkommen!“

Es geht um Patientensicherheit

Weitere Vorträge von Martina Jaklin, Leiterin der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht sowie ihrer Stellvertreterin, Dr. Katrin Borchers, informieren zu den Standesorganisationen und zu den Grundlagen des deutschen Medi-



Ergebnisse steht häufig „Prüfung trotz sprachlicher Defizite bestanden“, so Mikoleit. Deshalb gebe es durchaus Fälle, in denen die Kenntnisprüfung bestanden wurde, der Prüfling aber durch die Fachsprachprüfung gefallen sei. Die Approbation werde aber nur erteilt, wenn der Antrag-

steller beide Prüfungen besteht. „Hier geht es um Patientensicherheit!“, bekräftigt Mikoleit die Herangehensweise der deutschen Behörden.

Das Ziel: ein Vorstellungsgespräch

Bei ihrer Begrüßung der Teilnehmer hatte Gisela Albrecht deutlich gesagt, dass es sich bei der Kaiserin Friedrich-Stiftung nicht um eine Arbeitsvermittlung handelt. Trotzdem ist das Finden eines Arbeitsplatzes ein wichtiges Ziel vieler Ärzte aus dem Ausland und so steht das Thema „Bewerbung“ auch auf dem Programm des Kompaktkurses.

zinrechts. Dr. Roland Urban, unter anderem Mitglied in verschiedenen ehrenamtlichen Gremien der Ärztekammer Berlin sowie im Wissenschaftlichen Beirat der Kaiserin Friedrich-Stiftung, gibt den Anwesenden einen kleinen Einblick in den Bereich der Krankenversicherungen. Und das Verordnen von Arzneimitteln wird ebenso thematisiert wie die einzelnen Dokumentationspflichten. Aufmerksam hören die Teilnehmer zu und fragen nach (siehe Infokasten).

In der Diskussion zeigt sich, dass die Themen Approbation, Spracherwerb und Weiterbildung zum Facharzt erwartungsgemäß besonders interessant und für die Anwesenden zum Teil nicht leicht nachvollziehbar sind. So kann ein Teilnehmer nicht verstehen, warum er noch eine gesonderte Fachsprachprüfung bei der Ärztekammer bestehen muss, wenn er doch schon die Kenntnisprüfung beim Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) bestanden hat. Diese bestehe doch auch aus einem praktischen und einem mündlichen Teil. Geduldig erklären Petra Mikoleit, Teamleiterin „Ausländische Akademiker“ und Dr. Catharina Döring-Wimberg, Leiterin der Abteilung Weiterbildung / Ärztliche Berufsausübung der Ärztekammer Berlin, dass es bei der Kenntnisprüfung vor allem um das fachliche und bei der Fachsprachprüfung um das sprachliche Können geht. „Bei den Niederschriften der

Was würden Sie antworten? - Fragen der Teilnehmer zu

Standesorganisationen und Krankenversicherungen

1. Ist die Notaufnahme in einem Krankenhaus ambulant oder stationär?
2. Können sich niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser aussuchen, wie viele Patienten sie jeweils aus der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln?
3. Gibt es eine bestimmte Anzahl an Patienten, die von einem Arzt behandelt werden muss?

Grundlagen des Medizinrechts

1. Ist es aus haftungstechnischer Sicht ein Fehler, dass ich, wenn ich im Krankenhaus arbeite, außerhalb, zum Beispiel auf dem Weg zur Arbeit, jemandem helfe? Greift die Haftpflicht meines Arbeitgebers, wenn mir dabei ein Fehler passiert?
2. Wie ist es, wenn ich in Deutschland noch nicht als Arzt anerkannt bin, muss ich bei einem Notfall trotzdem als Arzt helfen?

Verordnung von Arzneimitteln

1. An wen und wie melde ich Nebenwirkungen von Arzneimitteln?
2. Wie funktioniert der Off-Label-Use von Medikamenten?

Dokumentationspflichten

1. Gilt der Fallpauschalenkatalog im gleichen Umfang für große und kleine Krankenhäuser?
2. Was passiert, wenn ein Patient mit einer Diagnose eingeliefert wird und dann im Laufe der Behandlung eine gravierendere Diagnose, zum Beispiel ein Herzinfarkt, hinzukommt. Wird bei der Dokumentation die Diagnose gewechselt?
3. Was passiert, wenn ein Arzt falsch codiert?

Approbation, Fachsprachprüfung und Weiterbildung zum Facharzt

1. Wenn man die deutsche Approbation erhält, kann man damit dann auch in anderen EU-Staaten arbeiten?
2. Kann man die Abteilung während der Weiterbildung zum Facharzt wechseln?
3. Ist die Übernahme von Bereitschaftsdiensten während der Weiterbildung Pflicht?

Lesen Sie die Antworten in der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.

Personalberaterin Antje Plikat kann auf eine langjährige Berufserfahrung im Personal- und Krankenhausmanagement verweisen und erklärt den Anwesenden, dass diese vor allem eine Strategie für ihre Stellensuche benötigen. „Denn Ihr Ziel ist doch die Einladung zu einem Vorstellungsgespräch!“ Die Aufmerksamkeit der Teilnehmer ist Plikat schon nach wenigen Sätzen sicher. Im Folgenden berichtet die Personalberaterin – immer wieder unterbrochen von persönlichen Fragen – von den Unterscheidungsmerkmalen der deutschen Krankenhäuser, zeigt, wo Stellenanzeigen veröffentlicht werden und gibt einen Überblick über die Inhalte sowie den Aufbau einer Bewerbung. Und sie stellt ebenso Fragen an ihre Zuhörer: Wie gut sind Sie auf die Beantragung der Approbation und auf Ihre Stellensuche vorbereitet? Wie gut sind Ihre Deutschkenntnisse? Wie sieht Ihre Erfolgsstrategie aus?

Plikat hält diesen und einen weiteren Vortrag zum Thema „Arbeitsrecht“ das erste Mal in der Kaiserin Friedrich-Stiftung. Bei einem anderen Kurs habe sie gesehen, dass ein Teilnehmer in die abschließende Evaluation schrieb, ihm hätten Informationen zum Thema „Wie finde ich einen Arbeitsplatz?“ gefehlt. Das Feedback der Anwesenden zeigt, dass auch ihnen das Thema unter den Nägeln brennt. Viele stellen gezielte Fragen und berichten von ihren persönlichen Erlebnissen. So erzählt ein syrischer Professor für Herzchirurgie, dass er bereits eine Rückmeldung von den zuständigen Ämtern erhalten habe und nun Unterlagen nachreichen soll. „Aber ich verstehe das nicht, was soll ich da machen?“ Geduldig beantwortet Plikat die Fragen und bietet an, sich am 2. Kurstag die Unterlagen der Teilnehmer anzusehen. „Denn diese sind häufig das größte Problem“, so die Personal- und Managementberaterin. „Die wenigsten Unterlagen entsprechen unserem Standard, beispielsweise fehlen oftmals sämtliche Informationen zu den Berufserfahrungen der Bewerber, aber gerade die interessieren den deutschen Chefarzt.“

Teilnehmerin Shizuko Tsuji-Grebe (50)

Die Ärztin stammt ursprünglich aus Japan und ist nach einem mehrjährigen Aufenthalt in Schweden mit ihrer Familie nach Deutschland gezogen. Ihr Mann kommt aus Deutschland und ist in der Pflanzenforschung tätig. Seit Oktober 2013 lebt die Familie in Potsdam, wo ihr Mann bereits an der Universität arbeitet, während sie sich noch um die beiden kleinen Kinder kümmert. Aktuell lernt Tsuji-Grebe Deutsch, damit sie in absehbarer Zukunft die Sprachprüfung bestehen, die Approbation beantragen und sich eine Arbeit suchen kann. Vom Kompaktkurs hat sie durch eine befreundete Ärztin erfahren und fand die Idee, mehr über das deutsche Gesundheitssystem zu erfahren, sehr spannend. Deshalb habe sie sich angemeldet und komme extra aus Potsdam.

„Die Referenten sind sehr gut, auch wenn ich nicht alles verstehe“ so die Japanerin, die – wie viele andere – Deutsch besser verstehe, als sie es spreche. Vor allem die Pflichten als Ärztin und die Diagnoseabläufe habe sie noch nicht ganz verstanden, aber dem Rest konnte sie gut folgen und hilfreich sei der Kurs allemal.



Eine für Bewerber kostenfreie Beratung, wie sie Plikat anbieten kann, da ihr Honorar z. B. von Kliniken übernommen wird, scheint eine große Hilfestellung für ausländische Ärzte zu sein. So berichtet Antje Plikat, dass sie neben Kontakten zu Krankenhäusern auch Unterstützung bei der Beantragung der Approbation anbietet und als Ansprechpartnerin bei Vertragsabschluss sowie in den ersten Monaten im neuen Arbeitsverhältnis zur Verfügung steht.

Teilnehmer aus der ganzen Welt

Der Kompaktkurs mit dem Ziel, den Anwesenden einen ersten Einblick in das deutsche Gesundheitssystem zu geben, wird seit 2012 regelmäßig von der Kaiserin Friedrich-Stiftung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten. Er richtet sich an ausländische Ärzte, die in Deutschland eine Fort- oder Weiterbildung machen oder ärzt-

lich tätig werden wollen. In diesem Jahr haben sich 79 ausländische Ärzte unter anderem aus Venezuela, Iran und Irak, aus Japan, den Niederlanden und Tunesien angemeldet. Am größten war – wie schon in den vergangenen Jahren – die Gruppe der Syrer mit 31 Teilnehmerinnen. Für die Zukunft plant die Stiftung, den Kompaktkurs anzupassen und weiterzuentwickeln. So sei man zum Beispiel mit der Senatsverwaltung im Gespräch und prüfe Kooperationsmöglichkeiten für gemeinsame Projekte im Hinblick auf die zahlreichen Ärzte, die im Zuge der Flüchtlingswelle nach Deutschland gekommen sind.

Michaela Braun
Freie Autorin

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2017*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Khalil Abu Libdeh	FA Urologie	18.05.17
Antoine Aldurra	FA Augenheilkunde	21.06.17
Dr. med. Tim Andermann	FA Innere Medizin	01.06.17
Markus Arlt	FA Allgemeinmedizin	16.05.17
Marie-Jo Denise Arndt	FA Innere Medizin	03.05.17
Dr. med. Christopher Bach	FA Innere Medizin	21.06.17
Priv.-Doz. Dr. med. David Back	FA Allgemeine Chirurgie	06.06.17
Dr. med. Gerd Baldenhofer	FA Innere Medizin und Kardiologie	21.06.17
Tomasz Barelkowski	FA Strahlentherapie	26.06.17
Dr. med. Julius Christoph Bartsch	FA Innere Medizin und Kardiologie	21.06.17
Dr. med. Andrea Bärwald	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.05.17
Dr. med. Susan Beckmann	FA Innere Medizin	07.06.17
Dr. med. Barbara Bellmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.05.17
Dmitry Bichev	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	14.06.17
Stefanie Bohnsack	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.06.17
Malik Böttcher	FA Allgemeinmedizin	16.05.17
Janis Brakowski	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.06.17
Dr. med. Stephanie Bues	FA Anästhesiologie	26.06.17
Franziska Burkhardt	FA Innere Medizin und Kardiologie	29.06.17
Dr. med. Nino Buzariashvili	FA Neurologie	30.05.17
Habiba Chbib	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.05.17
Federico Colletini	FA Radiologie	22.05.17
Dr. med. Frederik Damm	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	14.06.17
Liesekathrin Danner	FA Anästhesiologie	20.06.17
Stefan Dawirs	FA Radiologie	29.05.17
Dr. med. Sabine de Nardi	FA Allgemeinmedizin	16.05.17
Colette Dietzel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Katharina Donath	FA Kinder- und Jugendmedizin	14.06.17
Dr. med. Susanne Döring	FA Innere Medizin	01.06.17
Andreas Drescher	FA Allgemeinmedizin	30.05.17
Dr. med. Katharina Eble	FA Innere Medizin	03.05.17
Nils Eckel	FA Anästhesiologie	26.06.17
Julia Eisenacher	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	21.06.17
Dr. med. Nadine El-Haj	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	28.06.17
Sebastian Exner	FA Strahlentherapie	26.06.17
Mario Falk-Hollstein	FA Anästhesiologie	19.06.17
Laurentiu-Doru Filip	FA Innere Medizin	17.05.17

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Andreas Frahnov	FA Innere Medizin	21.06.17
Marc Fritschken	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Dr. med. Susann-Kathrin Gazarek	FA Innere Medizin	03.05.17
Dr. med. Julia Gensicke	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.05.17
Dr. med. Franziska Glass	FA Innere Medizin	17.05.17
Patric Götze	FA Radiologie	09.05.17
Dr. med. Luisa-Sophie von Schwerin	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.05.17
Bernhard Gropp	FA Viszeralchirurgie	06.06.17
Nora Gutsche	FA Innere Medizin	17.05.17
Dr. med. Nikola Hagedorn	FA Kinder- und Jugendmedizin	31.05.17
Dr. med. Stefan Hartwig	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	22.05.17
Siraj Hassan	FA Orthopädie	09.05.17
Elham Heiderfazel	FA Innere Medizin	21.06.17
Anja Hermann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.05.17
Dr. med. Katja Hilgenfeld	FA Kinder- und Jugendmedizin	28.06.17
Mohanad Hmeidi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Torsten Hochkirch	FA Viszeralchirurgie	06.06.17
Dr. med. univ. Jakob Hofer	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.05.17
Dr. med. Johannes Holle	FA Kinder- und Jugendmedizin	14.06.17
Sebastian Hollmach	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.05.17
Dr. med. univ. Judith Hotz	FA Innere Medizin	21.06.17
Dr. med. Daniel Illy	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.05.17
Dr. med. Tobias Inhoff	FA Innere Medizin	21.06.17
Dr. med. Thomas Irlbacher	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.05.17
Martin Jagdhuhn	FA Kinder- und Jugendmedizin	14.06.17
Dr. med. Anne Jülicher	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.05.17
Dr. med. Sarah Nadine Kamel	FA Innere Medizin	07.06.17
Dr. med. Henrike Kaschke	FA Radiologie	19.06.17
Dr. med. Michael Koßobutzki	FA Kinderchirurgie	29.05.17
Dr. med. Katharina Kowalczyk	FA Innere Medizin	10.05.17
Carolin Bettina Kreiter	FA Innere Medizin	03.05.17
MUDr. Lucie Kretzler	FA Innere Medizin	01.06.17
Dr. med. Hannes Kroenlein	FA Innere Medizin	21.06.17
Imke Krüger	FA Allgemeinmedizin	20.06.17
Dr. med. Cornelia Laban-Kratzsch	FA Radiologie	26.06.17
Dr. med. Katharina Lachheb	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.05.17
Dr. med. Daphne Leinweber	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15.06.17
Dr. med. Michal Levitin	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	21.06.17

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Ruhdja Lindhorst	FA Innere Medizin und Kardiologie	29.06.17
Maria Linke	FA Anästhesiologie	20.06.17
Maria Lumpe	FA Neurologie	02.05.17
Dr. med. Philipp Henning Mähl	FA Öffentliches Gesundheitswesen	27.06.17
Dr. med. André Maier	FA Neurologie	29.06.17
Dr. med. Rita Makauskiene	FA Kinder- und Jugendmedizin	31.05.17
Nora Mallmann	FA Allgemeinmedizin	20.06.17
Zeynep Maras	FA Innere Medizin	07.06.17
Dr. med. Magdalena Karoline Mausolf	FA Innere Medizin	07.06.17
Dr. med. Marek Mazan	FA Psychiatrie und Psychotherapie	27.06.17
Dr. med. Nikolai Menner	FA Innere Medizin	21.06.17
Dr. med. Maren Mewitz	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.05.17
Dr. med. Kirsten Motel	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15.06.17
Dr. med. Alexandra Nagel	FA Allgemeine Chirurgie	06.06.17
Dr. med. Ebba Nissen	FA Augenheilkunde	21.06.17
Annamarie Nowka	FA Öffentliches Gesundheitswesen	27.06.17
Dr. med. Ingrid Nühse	FA Arbeitsmedizin	20.06.17
Dr. med. Johanna Oechtering	FA Neurologie	29.06.17
Akin Önder	FA Anästhesiologie	26.06.17
Julia Onken	FA Neurochirurgie	24.05.17
Katarzyna Palka	FA Augenheilkunde	21.06.17
Dr. med. Peter Paranski	FA Viszeralchirurgie	09.05.17
Weon Park	FA Kinderchirurgie	29.05.17
Debora Pehl	FA Neuropathologie	31.05.17
Dr. med. Tobias Penzkofer	FA Radiologie	22.05.17
Anne-Kathrin Peters	FA Innere Medizin und Angiologie	21.06.17
Dr. med. Daniel Peters	FA Neurologie	29.06.17
Dr. med. Charlotte Pöhlmann	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.06.17
Susanne Polleichtner	FA Kinderchirurgie	29.05.17
Anne Richter	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Dr. med. Ulrich Richter	FA Innere Medizin	21.06.17
Dr. med. Berenice Romero Llanes	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.06.17
Dr. med. Roman Anton Rotzinger	FA Radiologie	29.05.17
Dr. med. Michal Rozanski	FA Neurologie	02.05.17
Dr. med. Lara Rzesnitzek	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.05.17
Gustavo Saravia Leguizamon	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	07.06.17
Dr. med. Elisa Dinah Sarrecchia	FA Psychiatrie und Psychotherapie	24.05.17
Marcus Schaefer	FA Allgemeine Chirurgie	09.05.17
Dr. med. Maria Schlesener	FA Urologie	18.05.17
Dr. med. Anna-Katharina Schmidt	FA Radiologie	19.06.17
Rene Schultz	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	22.05.17

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Robert Seelmann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Gila Seipt	FA Allgemeinmedizin	30.05.17
Pankaj Sharma	FA Innere Medizin	01.06.17
Dr. med. Lara Siegel-Fockink	FA Neurologie	30.05.17
Dr. med. Jasmin Maya Singh	FA Radiologie	29.05.17
Dr. med. Mirjam Sommerfeld	FA Innere Medizin und Kardiologie	21.06.17
Kristina Stodiek	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	14.06.17
David Stork	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.05.17
Dr. med. Sebastian Stempel	FA Innere Medizin	17.05.17
Iwona Szczygiel	FA Innere Medizin und Kardiologie	29.06.17
Dr. med. Emel Tanyeli	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.05.17
Dr. med. Eliane Taube	FA Pathologie	31.05.17
Nikolaus Tiling	FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	21.06.17
Dr. med. Agnieszka Töpfer	FA Innere Medizin und Kardiologie	10.05.17
Dr. med. Katja Tornow	FA Anästhesiologie	12.06.17
Dr. med. Christoph Treese	FA Innere Medizin	10.05.17
Dr. med. Britt Triller	FA Innere Medizin und Kardiologie	21.06.17
Kevin Ummard-Berger	FA Allgemeinmedizin	30.05.17
Nikos Vasiliadis	FA Allgemeine Chirurgie	09.05.17
Dr. med. Silvan Vesenbeckh	FA Innere Medizin und Pneumologie	17.05.17
Dr. med. Marius Vogt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.06.17
Dr. med. Maximilian von Laffert	FA Pathologie	31.05.17
Dr. med. Thula Walter	FA Radiologie	22.05.17
Dr. med. Patricia Warnick-Achucarro	FA Kinder- und Jugendmedizin	14.06.17
Dr. med. Katja Wechsung	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.05.17
Thies Weide	FA Psychiatrie und Psychotherapie	13.06.17
Georg Weikert	FA Kinder- und Jugendmedizin	31.05.17
Tobias Weiss	FA Innere Medizin	10.05.17
Ulrich Wenzel	FA Anästhesiologie	20.06.17
Dr. med. Anja-Elisabeth Wittenbecher	FA Radiologie	09.05.17
Dr. med. Stefan Wohlfarth	FA Arbeitsmedizin	20.06.17
Dr. med. Christina Wolkowicz	FA Anästhesiologie	19.06.17
Dr. med. Agnes Wollny	FA Allgemeinmedizin	16.05.17
Dr. med. Sebastian Wyschkon	FA Radiologie	29.05.17
Dr. med. Daniela Zebedies	FA Neurologie	02.05.17

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

BERLINER ÄRZTE

8/2017 54. 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.
Ricarda Tümann (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
PD Dr. med. Dietrich Banzer
Dr. med. Regine Held
Michael Janßen
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau
Dorothea Spring
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Roland Urban
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern unter Verwendung von
shutterstock/iurii

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

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

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

**Anzeigen- und Ab-
verwaltung Leipzig:** Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2017, gültig ab 01.01.2017.

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 € 89,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 60,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 89,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,50 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2017