

BERLINER ÄRZTE

09/2017 54. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

24. September:
Freie Arztwahl



Gesundheitspolitik – ärztlich



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin,
Chirurg

Nicht alles, was man als Arzt gelernt hat, erweist sich in der politischen Arbeit als hinderlich. So sollten in der Medizin Probleme – Krankheiten – nicht da gelöst werden, wo sie ankommen, symptomorientiert, sondern kausal, also da, wo sie herkommen. Dann ist dem Patienten tatsächlich geholfen.

Wenn man sich die Entwicklung der Medizin der vergangenen 50 Jahre anschaut, so ist sie vor allem eins, eine beispiellose Erfolgsstory. Eine Schenkelhalsfraktur bei Betagten war noch in den 60er Jahren ein Todesurteil, Diabetes war nur aufwendig mit Insulin oder Diät behandelbar und führte meist ebenso schicksalhaft zum Tod. Auch unsere Rettungsmedizin in Deutschland ist nach wie vor Weltstandard. Der Patient von heute ist eindeutig besser versorgt. Diese leistungsstarke Medizin findet in der Ausdifferenzierung unserer Weiterbildungsordnung ihren Ausdruck.

In den Jahren der Leistungssteigerung konnten wir es uns – dank „Wirtschaftswunder“ – selbstverständlich auch leisten, neue Einrichtungen zu schaffen: Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken, Pflegeeinrichtungen etc.. Das eine bedingte das andere. In den späten 70er Jahren entdeckte die Politik dann, dass das Ganze dauerhaft Geld kostet, je länger die Patienten leben, umso mehr. Was dann erfolgte, war der politische Grundirrtum der symptomorientierten Gesundheitspolitik: Auf die Leistungssteigerung der Medizin folgte die Kostendämpfung. Als diese keinen Erfolg hatte – zwischen 1989 und 2014 gab es 32 Gesundheitsreformen; in der gleichen Zeit stiegen die GKV-Beiträge von 12,6 % auf 15,5 % – gab

es Eingriffe mit von oben gesteuertem „Wettbewerb“ und sicher gut beabsichtigten Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wo wir jetzt stehen, steht im noch geltenden Koalitionsvertrag unserer Regierungsparteien: Fachkräftemangel in der Pflege, Hausarztmangel, postulierte Engpässe im Zugang zu Facharztpraxen. Zusammen mit dem immer häufigeren Fehlen von Routinemedikamenten befinden wir uns in der weichen Rationierung. Die Politik der meines Erachtens symptomorientierten **Dezimierung** von Kosten, Mengen und Strukturen ist erfolglos. Sie schadet dem Patienten und löst vor allem Abwehr- und Ausweichstrategien aus. An Kreativität hat es dabei nie gemangelt.

Sehen wir es mal anders herum: Jedes System neigt zunächst zur Leistungsausweitung, dann zur Optimierung. Was bedeutet das für unser Gesundheitswesen? Bedeutet „**Optimierung**“ finanzielle Gewinne zu machen oder bedeutet es, die bestmögliche Versorgung und humane Betreuung unserer Patientinnen und Patienten zu gewährleisten? Der von Politik und Kassen ausgerufene „Wettbewerb“ differenziert nicht. Es zählt, was gezahlt werden kann, Geld. Dass finanzielle Gewinne nicht das primäre Ziel im Gesundheitswesen sein dürfen, wird dabei scheinbar vergessen. Der Deutsche Ärztetag in Freiburg hat die Politik zu einem grundlegenden Strategiewechsel aufgerufen: Optimierung der

Versorgung statt Dezimierung von Strukturen und Kosten. Der Beschluss fiel einstimmig. Es geht um ein grundsätzliches Umdenken, nicht um weitere, kleinteilige Gesetzgebung.

Patientenversorgung ist gerade in Zeiten der chronischen Krankheiten, der Multimorbidität und des demographischen Wandels anspruchsvoll. Und kostet. Sie ist zudem keine heroische Einzelaktion mehr, sondern Teamarbeit. Das familiäre Umfeld ist genauso einzubeziehen wie die Pflege, der Sozialdienst, die Physio- und Ergotherapie und selbstverständlich der Patient selbst. Das braucht Zeit für Zuwendung, Vermittlung und nicht zuletzt Führungskompetenz bei uns Ärzten. Hier darf gerne nachgelegt werden. Die Hamsterräder in Praxis und Klinik gehören stillgelegt.

Eine neue Regierung, die am 24. September gewählt wird, ist eingeladen, aus den Fehlern der Politik der Vergangenheit zu lernen und eine neue, positiv besetzte Strategie einzuleiten.

Das hilft dann auch beispielsweise bei der Digitalisierung. „Digitalisierung ist keine Frage der Technologie, sondern der Konnektivität“, stellte Frau Professor Andrea Belliger im Nachgang zu unserem letzten Fortbildungskongress sehr richtig fest. Jahrzehntelang geschürtes Gegen-einander führte zu der allseits leidvoll erlebten Misstrauenskultur im Gesundheitswesen. Die Akteure agieren gegeneinander statt miteinander. Da gibt's keine Konnektivität.

Eine leistungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist eine Voraussetzung für eine aktive Politikberatung und Mitgestaltung. Bringen Sie sich bitte ein!

Herzlichst

Ihr

Dr. med. Günther Jonitz

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Wer ist zuständig?



Was ist das Netzwerk CIRS Berlin?

Das Netzwerk CIRS Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 31 Berliner und 4 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht.

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

Aus der Psychiatrie wird das folgende Ereignis berichtet:

Eine entlassene Patientin ist vor dem Haupteingang beim Einsteigen in ein Taxi plötzlich umgefallen, war aber weiterhin ansprechbar. Dies wurde von der Innenpforte beobachtet und die Rettungsstelle informiert. Die Rettungsstelle gab an, nicht zuständig zu sein, sondern das REA-Team. Auch das REA-Team gab an, nicht zuständig zu sein. Die entlassende Station wurde angerufen. Es wurde mitgeteilt, man sei zwar nicht zuständig, würde aber trotzdem den Transport in die Rettungsstelle übernehmen. Die Patientin wurde im Weiteren in der Rettungsstelle versorgt. Aus Sicht des/r Berichtenden hat die Unklarheit über die Zuständigkeit für entlassene Patienten zu dieser Situation beigetragen.

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

„Vor dem Haupteingang des Krankenhauses: Keine/r fühlt sich für eine Patientin, die sofortiger und ggf. auch medizinischer Hilfe bedarf, zuständig.“ Vermutlich kommen ähnliche Situationen immer mal wieder vor, in denen unklare Zuständigkeitsbereiche für Verwirrung sorgen, manche Schilderungen findet man auch in den Medien.

Betrachtet man die berichtete Situation von mehreren Seiten, muss Folgendes für die Ableitung von Maßnahmen berücksichtigt werden:

- Nach dem Berliner Rettungsdienstgesetz stellt der Rettungsdienst (Notfallnummer 112) die notfallretende Versorgung zu Lande, zu Wasser und in der Luft sicher. D. h. der Rettungsdienst ist außerhalb des Krankenhauses zuständig.
- Krankenhäuser müssen nach dem Berliner Krankenhausgesetz „eine ausreichende und dem jeweiligen medizinischen Standard entsprechende ärztliche und pflegerische Versorgung gewährleisten“ und Notfälle vorrangig versorgen. Das gilt für den Bereich des Krankenhauses.
- Für alle Bürgerinnen und Bürger gilt die Pflicht zur Hilfeleistung: „... bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not“ soll Hilfe geleistet werden, wenn dies „erforderlich und ... den Umständen nach zuzumuten“ ist, „insbesondere wenn keine erhebliche eigene Gefahr und die Verletzung anderer wichtiger Pflichten“ droht (§ 323c Unterlassene Hilfeleistung).

Eigentlich ist doch alles klar – könnte man meinen, und doch: In dem geschilderten Fall hatten die Mitarbeiter des Krankenhauses, aus dem die Patientin entlassen wurde, mitbekommen (Infor-

mation von der Pforte an die Rettungsstelle), dass sie umgefallen war. Wer sich um die Patientin kümmern sollte, war aber strittig. Glücklicherweise ging es hier wohl nur um eine geringe gesundheitliche Bedrohung für die Patientin. Richtig ist, dass die Mitarbeiter des Krankenhauses zur Hilfe verpflichtet sind, wenn sie zum Beispiel die Rettungsstelle verlassen können, etwa weil sie nicht in weitere Aufgaben eingebunden sind, die sie zum Schutz anderer Patienten nicht unterbrechen dürfen. Möglicherweise bestand jedoch Unsicherheit darüber, was sie tun dürfen – dürfen sie z. B. den Arbeitsplatz verlassen?

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Jedes Krankenhaus sollte eine klare diesbezügliche Regelung haben, die allen potenziell beteiligten Mitarbeitern bekannt sein muss (Pforte/Anmeldung, Rettungsstelle, innerklinisches Reanimationsteam, etc.), sodass es nicht erst zur zeitraubenden Klärung von Zuständigkeiten kommt, wenn sich jemand wegen eines Notfalls in der Nähe hilfesuchend ans Krankenhaus wendet:

- ➔ Wer informiert den Rettungsdienst, wenn dies noch nicht erfolgte; wer kann ggf. das Haus verlassen, um die Situation zu beurteilen? Darf auch weitergehende Hilfe geleistet werden?
- ➔ Die Mitarbeiter müssen wissen, dass sie in ähnlich gelagerten Fällen zu Hilfe eilen sollen und dürfen, z. B. bis der Rettungsdienst eintrifft.

Diesen Fall können Sie auch unter www.cirs-berlin.de/aktuellerfall/ nachlesen.

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



TITELTHEMA



Es darf gewählt werden...

Bundestagswahl: Die Parteien antworten auf Fragen von BERLINER ÄRZTE zur Gesundheitspolitik.....14

EDITORIAL.....

Gesundheitspolitik – ärztlich
Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Heilberufekammergesetz: Gesetzliche Grundlage wird neu geregelt
Interview mit Gesundheitssenatorin Dilek Kolat und Kammerpräsident Günther Jonitz.....27

Das Leid mit den Leitlinien
Bericht von einer Tagung von Transparency International zur Leitlinienerstellung
Von Adelheid Müller-Lissner.....34

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall
..... 4

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 24

Überdiagnosen durch Krebsfrüherkennung: Ein komplexes, oft unterschätztes Problem
Kolumne des DNEbM
Von Stefan Sauerland und Anne Rummer.....30

Prävention des postoperativen Delirs im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth-Herzberge
Von Torsten Kratz und Albert Diefenbacher.....32

PERSONALIEN.....

In memoriam Tilo Schramm
..... 36

Hilfsangebot

Medizinische Kinderschutzhotline bietet Unterstützung an

Ärztinnen und Ärzte sowie anderes medizinisches Fachpersonal können sich jetzt rund um die Uhr unter der kostenfreien Nummer 0800/19 210 00 an die „Medizinische Kinderschutzhotline“ wenden.

Das Telefonangebot ist eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte, bundesweite, kostenfreie und 24 Stunden erreichbare Anlaufstelle für Angehörige der Heilberufe bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Professor Dr. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm.

Die Hotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal, also Ärztinnen und Ärzte (in Kliniken oder in Niederlassung), Zahnärztinnen und Zahnärzte, niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege. Die Hotline bietet bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch eine

direkt verfügbare, kompetente, praxisnahe und kollegiale Beratung und Fallbesprechung. Die Fallverantwortung bleibt bei den Anrufern.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der medizinischen Kinderschutzhotline sind Medizinerinnen und Mediziner mit besonderem Fachwissen im Kinderschutz. Sie haben spezielle Schulungen und Trainings als insoweit erfahrene Fachkraft absolviert.

Dabei bleibt jedes Gespräch vertraulich. Die Falldarstellung soll anonymisiert erfolgen. Alle Angaben sind freiwillig. Für die Qualitätssicherung der Medizinischen Kinderschutzhotline werden Anrufer während des Gesprächs gebeten, einige Angaben, z. B. zu Alter und Geschlecht sowie zum Hintergrund des Anrufs zu machen. Die Datenerhebung erfolgt zur Sicherstellung der Qualität der telefonischen Beratung und zur Weiterentwicklung des Modellprojekts. Das Beratungsangebot soll sich während der Projektlaufzeit kontinuierlich an den Bedarf der Anrufer anpassen.

www.kinderschutzhotline.de

Veranstaltung



Aortendissektion – die unterschätzte Gefahr

Am 19. September 2017 findet weltweit der erste „Aortic Dissection Awareness Day“ statt

Die akute Typ A-Aortendissektion ist ein lebensbedrohlicher Notfall, trotzdem vergehen selbst nach gesicherter Diagnose teilweise immer noch mehr als sechs Stunden bis zum Beginn der operativen Versorgung. Deshalb wurde 2015 am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) das „Aortentelefon“ für die Region Berlin-Brandenburg eingerichtet, eine Notfall-Hotline für akute Aortensyndrome, insbesondere für die akute Typ A-Aortendissektion.

Zudem hat das Deutsche Herzzentrum Berlin in den vergangenen drei Jahren eine Studie zur Lebensqualität von Patienten durchgeführt, die wegen einer akuten Typ A-Aortendissektion von den Ärzten des Zentrums chirurgisch behandelt wurden. Die Ergebnisse dieser Studie werden nun im Rahmen des ersten „Aortic Dissection Awareness Day“ am 19.09.2017 unter dem Motto: „Aortendissektion – die unterschätzte Gefahr“ im Deutschen Herzzentrum Berlin vorgestellt. Die Veranstaltung findet zwischen 18 und 20 Uhr am Augustenburger Platz 1 statt und richtet sich sowohl an Patienten und interessierte Laien als auch an Ärzte und Mitarbeiter von Rettungsdiensten. Nähere Informationen sowie das Programm finden Sie im Internet unter:

www.dhzb.de/de/aktuell/termine_veranstaltungen/

Information

Verschiebung

Die angekündigte Beantwortung der Fragen vom Kompaktkurs für ausländische Ärzte muss aus Platzgründen in die kommende Ausgabe von BERLINER ÄRZTE verschoben werden. Wir bitten um Verständnis.

Lichtenberg



Themenschwerpunkt: „Ernährung im Alter“

Glaubt man Statistiken, so spielt das Thema Ernährung häufig nur eine untergeordnete Rolle in unserem Leben, obwohl sie, besonders im Alter, einer der Grundbausteine für ein möglichst langes, gesundes und aktives Leben ist. Dabei stellen sich viele Fragen. Welchen Stellenwert hat gesunde Ernährung im Alter und welchen sollte sie haben? Wie gut oder schlecht ist die Verpflegung in Pflegeeinrichtungen und wie kann sie verbessert werden? Welche Rolle spielen eigentlich gesunde Zähne bei diesem Thema? Das Bezirksamt Lichtenberg organisiert seit 2014 themenspezifische Einzelveranstaltungen im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Leben und gesund alt

werden in Lichtenberg“. Das diesjährige Thema lautet „Ernährung im Alter“.

Die Veranstaltung soll den Rahmen für einen intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch bieten. Als Vertreter des medizinischen Sektors werden der Chefarzt der Geriatrie des Sana Klinikums Lichtenberg und ein Vertreter der Zahnärztekammer Berlin über die Bedeutung von (zahn-) gesunder Ernährung informieren. Durch die „Bezirkliche Leitstelle Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg“ wird das Thema Ernährung in Bezug zu einer Demenzerkrankung gesetzt

und die AOK Nordost wird von Lichtenberger Angeboten für eine gesunde Ernährung berichten.

Die Bezirksstadträtin für Familie, Jugend, Gesundheit und Bürgerdienste, Katrin Framke (parteilos, für Die Linke), möchte zu dieser kostenfreien Veranstaltung am **Mittwoch, den 27. September 2017, in der Zeit von 15:00 Uhr bis 17:30 Uhr** in das Lichtenberger Seniorenzentrum „Prof. Dr. Kurt Winter“, Josef-Orlopp-Str. 13, 10367 Berlin, einladen.

Die Initiative ist ein Gemeinschaftsprojekt zwischen dem Bezirksamt Lichtenberg, dem Sana Klinikum Lichtenberg

und dem Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge.

Die Veranstaltung ist mit zwei Punkten für ärztliche Fortbildung von der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Weitere Informationen:
Leiterin der QPK (Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes),
Dr. Sandra Born,
Telefon: 90296-4511
Fax: 90296-4599
E-Mail: sandra.born@lichtenberg.berlin.de oder und unter: www.berlin.de/lb/lkbgg

Bundesärztekammer hat Richtlinie Hämotherapie novelliert

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut die im Jahr 2005 erstellte und in den Jahren 2007 und 2010 fortgeschriebene Hämotherapie-Richtlinien komplett überarbeitet und auf ihrer Internetseite veröffentlicht. Mit der „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017“ kommt die BÄK der ihr bereits im Jahr 1998 mit dem Transfusionsgesetz (TFG) übertragenen Aufgabe nach, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik für die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und die Anwendung von Blutprodukten in Richtlinien festzustellen. „Mit der Richtlinie sichern wir die hochwertige Versorgung der Spender und der auf Blutprodukte angewiesenen Patienten. Gleichzeitig schafft die Richtlinie Handlungssicherheit für

die behandelnden Ärzte“, erklärte BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery.

Besonders hervorzuheben ist die neue Gliederung der Richtlinie, die sich stärker am gesetzlichen Auftrag gemäß TFG ausrichtet. So werden beispielsweise in einem einflussreichen Kapitel der gesetzliche Auftrag, der Anwendungsbereich sowie die Rechtsgrundlagen der Richtlinie dargestellt, gefolgt von detailliert untergliederten Kapiteln zur Gewinnung, Herstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten. Inhaltliche Änderungen betreffen unter anderem praktikable Rahmenbedingungen für die maschinelle Autotransfusion unter Beachtung des TFG. Neu aufgenommen wurde darüber hinaus – neben dem bereits bestehenden Hinweis auf die Querschnitts-Leitlinien der Bundesärztekammer zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten – ein

Hinweis auf die Grundsätze der patientenindividualisierten Hämotherapie. Die Umsetzung neuer gesetzlicher Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung der Empfänger von Blutprodukten sowie neue Erkenntnisse zu Blutgruppenbestimmungen sind weitere Aspekte, die diese Richtlinienänderungen notwendig gemacht hatten.

Die Auswertung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse führte unter Berücksichtigung der europäischen Richtlinie 2004/33/EG zur Präzisierung der Spenderauswahlkriterien. Dabei wurden in Deutschland bewährte und wissenschaftlich begründete Abweichungen von den europäischen Regelungen in Abstimmung mit den Bundesoberbehörden beibehalten. Veränderungen haben sich unter anderem bei den Auswahlkriterien für die Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten ergeben, die in den vergangenen Jahren insbesondere auf Grund von gesellschaftspolitischen Aspekten zum Teil kontrovers diskutiert wurden. Die vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossene „Richtli-

nie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017“ ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer veröffentlicht. Die novellierte Richtlinie wird zeitnah auch als Broschüre sowie erstmals als E-Book im Deutschen Ärzteverlag erscheinen.

Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017:

www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Richtlinie_Haemotherapie_2017.pdf

Papier „Blutspende von Personen mit sexuellem Risikoverhalten - Darstellung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft“, Stand 22.07.2016:

www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/blutspende-von-personen-mit-sexuellem-risikoverhalten/

Save the date

Jetzt zum 19. Humanitären Kongress anmelden

Der 19. Humanitäre Kongress findet am 13. und 14. Oktober im Virchow-Klinikum statt. Der diesjährige Kongress, der wieder von Ärzten der Welt, Ärzten ohne Grenzen, dem Deutschen Roten Kreuz, der Charité und der Ärztekammer Berlin ausgerichtet wird, hat die Überschrift „Out of order? Reshaping humanitarianism“. Der Kongress bringt erneut rund 800 führende Experten internationaler Hilfsorganisationen sowie Ärzte, Politiker und Medien zusammen, die am Themenkomplex Humanitäre Hilfe interessiert sind, und bietet so die einzigartige Gelegenheit zum direkten internationalen Austausch.

Der Kongress findet wie immer in englischer Sprache statt. Beachten Sie, dass die Plätze begrenzt sind. Interessenten können sich auf der Kongress-Homepage anmelden. Dort finden Sie auch das Programm und zahlreiche weitere Informationen: <http://humanitarian-congress-berlin.org/2017>

Alles rund um die psychische Gesundheit

Vom 8. bis 12. Oktober 2017 wird Berlin für fünf Tage zum internationalen Zentrum der psychischen Gesundheit: Die World Psychiatric Association (WPA) lädt in Kooperation mit der deutschen Fachgesellschaft DGPPN zum Weltkongress der Psychiatrie und Psychotherapie nach Berlin ein. Hochkarätige Keynote Speaker wie der Epigenetiker Sir Michael Meaney, der Altersforscher Andreas Kruse oder der Gesellschaftsanalyst Richard Sennett haben sich angekündigt. Das wissenschaftliche Programm bietet einen Überblick über das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen und soll Ärzte aller Fachrichtungen ansprechen.

Aktuelle Statistiken der Krankenkassen zeigen, dass Depressionen, Suchterkrankungen und andere psychische Leiden heute zu den größten gesundheitlichen Herausforderungen zählen. Die komplexen Krankheitsbilder stellen eine besondere Herausforderung für Diagnostik und Therapie dar, die Versorgung der betroffenen Patienten ist in vielen verschiedenen medizinischen Disziplinen ein wichtiges Thema.

Der WPA XVII World Congress of Psychiatry Berlin 2017 will ein umfassendes Update über die aktuellen Entwicklungen geben und thematisiert die drängendsten Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit. Experten aus

der ganzen Welt beleuchten den State of the Art in Diagnostik und Behandlung und präsentieren neueste Ergebnisse aus der Forschung. Das Themenspektrum ist breit: Neben Depressionen und Angststörungen steht zum Beispiel die Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen oder Demenz im Vordergrund.

Gleichzeitig haben sich renommierte Persönlichkeiten angekündigt, darunter die führenden Altersforscher Ursula Staudinger und Andreas Kruse, der Placebo-Forscher Fabrizio Benedetti oder Kabarettist Eckhart von Hirschhausen. In trialogischen Veranstaltungen kom-

men Experten, Betroffene und Angehörige zu Wort und geben wertvolle Einblicke in ihre Erfahrungen. Darüber hinaus stehen auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen im Zentrum.

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Der Weltkongress 2017 ist die Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Das Educational Programme hält rund 50 sogenannte Courses bereit.

Ausführliche Informationen finden Sie auf dem englischsprachigen Portal www.wpaberlin2017.com

Kurs

Spezialkurse im Strahlenschutz

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 23. November 2017,
9.00 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort: Deutsches Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 24. November 2017,
9.00 – 17.15 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung:
Die Teilnahme kostet jeweils 155 €. Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/ 40806 – 1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Anerkannt mit jeweils 9 Fortbildungspunkten.



Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Wichernkrankenhaus, Fachkrankenhaus für Innere Medizin, Geriatrie und Rehabilitation

Seit dem 1. Juni 2017 ist Dr. Charlotte Hillmann neue Chefarztin des

Wichernkrankenhauses im Evangelischen Johannesstift. Sie war langjährig als Oberärztin im Evangelischen Waldkrankenhaus in der Akut-Geriatrie und Klinik für Innere Medizin II tätig. Sie ist Internistin und Geriaterin, verfügt über die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und ist Wundexpertin nach ICW. Sie tritt die Nachfolge von Dr. Martin Warnach an, der in den Ruhestand geht. Dr. Warnach wird weiterhin für das Wichernkrankenhaus tätig sein und die in Spandau etablierte Mobile Geriatriische Rehabilitation auch am Standort des Evangelischen Geriatriezentrums aufbauen.

Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe

Ab 1. September 2017 übernimmt Dr. med. Patricia Dé-Malter die Leitung der Abteilung für Chirurgie/Viszeralchirurgie und Darmkrebszentrum im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe.

Sie folgt auf PD Dr. med. Hans-Peter Lemmens, der nach mehr als 20-jähriger Tätigkeit in den Ruhestand tritt. Dr. Dé-Malter bietet das gesamte Spektrum der Allgemein- und Viszeralchirurgie einschließlich der kolorektalen Chirurgie, der Magen-, Pankreas-, Leber- und Ösophagus-Chirurgie an. Den Großteil der Operationen führt sie minimalinvasiv durch. Sie hat ihre chirurgische Weiterbildung im Universitätsklinikum Charlottenburg der FU/Charité Campus Virchow-Klinikum bei Prof. Dr. med. Emil Sebastian Bücherl und Prof. Dr. med. Peter Neuhaus absolviert. Sie ist Fachärztin für Chirurgie, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Bereits seit 2000 arbeitet sie als Oberärztin in der Chirurgie im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe und ist seit 2013 stellvertretende ärztliche Leiterin der Abteilung.

Krankenhaus Bethel Berlin

Dr. med. Rüdiger Haase, langjähriger Chefarzt der Fachabteilung Orthopädie und Unfallchirurgie, ist mit Wirkung vom 1. August 2017 zum Medizinischen Geschäftsführer des Krankenhauses Bethel Berlin berufen worden.

Dr. Haase steht seit 2007 für Qualitätsoptimierung und Innovation am diakonischen Notfallkrankenhaus in Steglitz-Zehlendorf. Neben der Erfüllung höchster fachlicher Standards will der neue Medizinische Geschäftsführer auf Dialog und Transparenz setzen. Hauptgeschäftsführer Priv.-Doz. Dr. med. Norbert Bethge: „Wir freuen uns, dass die Krankenhausleitung mit Dr. Haase durch eine moderne Führungspersönlichkeit ergänzt wird, für die ‚Kommunikation‘ kein Fremdwort ist.“ Dr. Haase plant für seine leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßige Kommunikationsworkshops für eine Mitarbeiterführung auf Augenhöhe: „Das fachlich beste Niveau kann man nur gewinnen, wenn ein intensiver offener Austausch möglich ist“, erklärt Dr. Haase.

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

Fortbildungsreihe „digital health“ – September bis Dezember 2017

Eine rasant zunehmende Zahl an theoretisch und praktisch verfügbaren digitalen Daten und vernetzten Informationen, weckt die Hoffnung auf eine schöne neue, optimale Welt der Patientenversorgung. Der Fortbildungskongress 2016 der Ärztekammer Berlin bot einen Einstieg in dieses komplexe Thema. Die aktuelle Fortbildungsreihe „digital health“ greift Impulse aus dem Kongress praxisorientiert auf. Der Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer in den erlebten ärztlichen Berufsalltag steht im Fokus der vier Workshops. Digital erfahrene, innovative Referentinnen und Referenten etablierter Institute und Unternehmen stehen Ihnen für Fragen und eine offene Diskussion zur Verfügung – nutzen Sie die Gelegenheit!

September – Wie kann die Digitalisierung des Gesundheitswesens gelingen?

Herausforderungen und Chancen in einer noch abstrakten Welt – ein gemeinsames Verständnis dafür schaffen, warum die Digitalisierung aus medizinischer Sicht notwendig ist. Die Bedürfnisse von Arzt und Patient werden betrachtet, die letztlich von der Digitalisierung profitieren sollen und gleichzeitig wird auf Chancen und Risiken der Umsetzung digitaler Lösungen eingegangen. Mit der Vorstellung von Studienergebnissen zum Status quo der Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern wird dies anschaulich dargestellt, und an zwei konkreten Beispielen wird gezeigt, in welchem Kontext und mit welchen Herausforderungen digitale Lösungen im stationären Setting und sektorenübergreifend erfolgreich umgesetzt wurden.

Termin: 27.09.2017 | 18:00 – 19:30 Uhr | 2 Fortbildungspunkte

Oktober – Digitale Selbstbestimmung in der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitscloud des Hasso-Plattner-Instituts und die Lösung „LifeTime“ zeigen, wie Digitalisierung im Gesundheitsmarkt funktioniert. Der Workshop richtet sich sowohl an niedergelassene Mediziner als auch an Klinik- und Laborärzte. Die Teilnehmer widmen sich dabei u.a. Fragen: 'Wie lassen sich moderne Technologien sinnvoll für Ärzte und Patienten einsetzen?', 'Was brauchen Ärzte, damit digitale Transformation gelingt?', 'Wie können digitale Lösungen Abläufe im Praxis- oder Klinikalltag erleichtern?' und 'Was können Patienten tun, um die Arbeit des Arztes zu unterstützen? Es werden innovative Lösungen aufgezeigt, und zudem Themen wie Arzt-Patienten-Kommunikation, Datensouveränität und -sicherheit sowie künftige Perspektiven diskutiert. Der Workshop bietet Gelegenheit zur Reflexion, Auseinandersetzung und Mitgestaltung aktueller Fragestellungen.

Termin: 18.10.2017 | 16:00 – 20:00 Uhr | 5 Fortbildungspunkte

November – Startup-Enthusiasmus in der Gesundheitsbranche – Reden wir aneinander vorbei?

Startups in der Digital Health Branche sehen sich vielen Herausforderungen gegenüber. Besonders schwierig für technisch-orientierte Teams ist es auf Augenhöhe mit Ärzten und anderen Vertretern der Gesundheitsbranche zu kommunizieren und deren Bedürfnisse zu verstehen. Ingenieure schwärmen von neuen Technologien und großen Visionen, währenddessen gestaltet sich deren Umsetzung meist als unpraktikabel im Alltag der

Fachkräfte oder als problematisch im Nachweis durch klinische Studien. Wie können Patienten von den neuesten Entwicklungen in der IT profitieren? Was sind die Potenziale, Risiken und Herausforderungen von Smart Data in der klinischen Praxis? Wie entsteht eine gute datengesteuerte E-Health-Lösung? Der Workshop gibt Ärztinnen und Ärzten einen Einblick in Startup-Erfahrungen und bietet die Möglichkeit anhand von Beispielen Erfahrungen auszutauschen und Kommunikationslücken zu schließen.

Termin: 15.11.2017 | 18:00 – 19:30 Uhr | 2 Fortbildungspunkte

Dezember – Wie können moderne Technologien zur Wert-Orientierung im Gesundheitswesen beitragen?

Willkommen in der dritten Gesundheits-Revolution. Die erste Revolution war getrieben von gesundem Menschenverstand: die Trennung Abwasser und Trinkwasser erfolgte lange bevor Cholera und Typhus entdeckt wurden. Die zweite Revolution lag im Zeichen der Wissenschaft und brachte transformative Innovationen wie Chemothe-

rapie, Transplantationen und künstliche Hüftgelenke. Doch das Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts ist geprägt von Problemen, die nicht alleine durch neue wissenschaftliche Innovationen gelöst werden können. Die dritte Revolution verändert bereits jede Wissenschaft und Industrie. Sie wird von Wissen, Informationstechnologie und den Bürgern bewegt. Bisher waren Ärzte davon relativ geschützt, doch auch unser Berufsbild wird sich ähnlich dramatisch verändern, wie das von Bankern oder Reisevermittlern. Die dritte Revolution ist bereits in vollem Gang und bringt eine Gesundheitsversorgung mit sich, die den Patienten (wirklich) ins Zentrum setzt, sicherer und effektiver ist und einen größeren Mehrwert mit denselben Ressourcen generiert. Nach diesem Seminar können Sie:

- den Wertbegriff im Kontext von Gesundheitsdienstleistungen erläutern.
- die Rolle moderner Informations- und Kommunikationstechnologien in der Schaffung einer Wert-basierten Gesundheitsversorgung beschreiben.

Termin: 13.12.2017 | 18:00 – 19:30 Uhr

Anmeldedetails und weitere Informationen zu den Workshops der Fortbildungsreihe „digital health“ erhalten Sie unter <https://www.aerztekammer-berlin.de/digitalhealth> oder unter m.nehrkorn@aekb.de, Tel.: 030/40806-1211.





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 zur Vermeidung von Überdiagnosen vor und vermittelt Ihnen Fertigkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In Workshops haben die Teilnehmer 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 verstehen. 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.

Weiterbildung

Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind herzlich eingeladen, sich einen Tag lang im engen Kontakt mit den Referenten zu konkreten Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis auszutauschen und praxisorientierte Lösungen zu erarbeiten. Neben einleitenden Fachvorträgen haben sie 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 Nehr Korn mit allen Informationen zum 6. Fortbildungskongress auch telefonisch zur Verfügung – zu erreichen unter Telefon: 030/40806 1211.

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 von 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

Es darf gewählt werden...

Am 24. September ist es wieder so weit. Ein neuer Bundestag und damit eine neue Regierung dürfen gewählt werden. Vieles scheint möglich. Neben den aktuell vier vertretenen Parteien möchten die FDP wieder und die AfD erstmals in den Bundestag einziehen. Um den Leserinnen und Lesern eine Wahlhilfe zu geben, hat BERLINER ÄRZTE die Parteien nach ihren gesundheitspolitischen Positionen befragt. Zu Wort kommen die vier im Bundestag vertretenen Parteien sowie die beiden Parteien, die nach allen aktuellen Umfragen gute Chancen haben, über die 5-Prozent-Hürde zu kommen. Nicht nur bei den großen Positionen (Bürgerversicherung oder nicht) finden sich durchaus Unterschiede. Viel Spaß beim Suchen ...





Christlich Demokratische Union Deutschlands

Maria Michalk, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion*

BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

In den letzten Jahren haben wir viele Verbesserungen im Gesundheitswesen erreicht. Ich erinnere als Beispiel an die Pflegereform. Künftig steht die konsequente Umsetzung der Sektoren übergreifenden Versorgung, die Umsetzung des Medizinstudiums 2020, sowie die Qualitätssicherung und Digitalisierung in der medizinischen Versorgung im Mittelpunkt unserer Arbeit.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allgegenwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen ist auf Qualität und Transparenz in der medizinischen Versorgung ausgerichtet. Er fördert innovative Versorgungsformen. Gleichwohl achten wir darauf, dass die solidarische Ausrichtung unseres Systems erhalten bleibt.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

Die Krankenhausplanung und Investitionsverantwortung der Länder und das DRG-System haben nur dann seine Berechtigung, wenn alle ihren Verpflichtungen nachkommen. Der Strukturfonds in Höhe von 500 Mio. Euro ist eine Unterstützung für die Länder. Nach der neuen Einigung

zum Bund-Länder-Finanzausgleich besteht finanzieller Spielraum, den die Länder durch Prioritätensetzung auch für Krankenhäuser nutzen können.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Das sehe ich anders. Seit 2003 werden Krankenhäuser nach dem DRG-System vergütet. Alle fallbezogenen Personal- und Sachkosten sind abgedeckt. Die Krankenhausliegezeiten haben sich verkürzt. Über die qualitätsorientierte Kostenerstattung (KHSG) haben wir in Zukunft einen Anreiz zur Qualitätsverbesserung. Die Selbstverwaltung hat die Aufgabe, dafür messbare Kriterien zu entwickeln. Diese müssen sich zwar noch in der Praxis bewähren, ich sehe das aber als richtigen Weg.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Wir halten am Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung fest. Er führt zu innovativen Versorgungs- und Therapieangeboten. Der Vergleichsmaßstab ist für die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs in der GKV ein Entwicklungsmotor. Ein einheitliches Versicherungsangebot wird für die Versichertengemeinschaft teurer.

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der GOÄ, zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

Die Novellierung der GOÄ stand schon in dieser Wahlperiode auf der Agenda. Sie ist leider gescheitert. Deshalb begrüße ich den erneuten Vorstoß. Sie ist seit rund 20 Jahren nicht mehr angepasst worden. Vertreter der Ärzteschaft und die PKV diskutieren derzeit

die fachlichen Grundlagen für die Anpassung dieses hochkomplexen Systems. Wir hoffen hier auf eine Einigung.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Die Digitalisierung dient der Strukturierung der Versorgungsdaten, der Vernetzung von Leistungserbringern, einer schnelleren Kommunikation und damit der Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Der Notfalldatensatz, der Impfstatus, der Medikationsplan und die Bereitschaft zur Organspende müssen im digitalen Zeitalter auf der Gesundheitskarte stehen. Der elektronische Entlassungsbrief und die elektronische Patientenakte müssen zügig umgesetzt werden, natürlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

ÄRZTEMANGEL

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung. Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

Begeisterung für die eigene Arztpraxis auch im ländlichen Raum zu wecken, beginnt im Studium. Der Masterplan Medizinstudium 2020 bietet dafür mehrere Anreize. Auch zahlreich erprobte Modelle, z. B. für Delegationsleistungen, Telemedizin, Online-Sprechstunden oder flexible MVZ, werden künftig selbstverständlich sein. Das alles ist nur über gut qualifiziertes und ausreichendes Personal zu leisten. Deshalb sind die eingeleiteten Maßnahmen für Personaluntergrenzen wichtig.

* Nicht bei allen Parteien wurden unsere Fragen von namentlich genannten Personen beantwortet. Wo dies der Fall war, geben wir es an.

NOTFALLVERSORGUNG

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Das Instrument der Portalpraxen und flexible Formen im Rahmen der dreiseitigen Verträge sind echte Möglichkeiten zur Entlastung von Notfallambulanzen. Man muss dazu bereit sein. Eine Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten ist schon lange möglich. Dennoch bleibt die ambulante Notfallversorgung ein Thema, dem wir uns weiter stellen müssen. Und zwar aus Sicht der Haftung, der Qualitätssicherung, der Anreizsysteme und der Gewohnheitspraxis.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Wir haben die Qualität in den Mittelpunkt der Versorgung gerückt, so z. B. in der Krankenhausplanung, im Kostenausgleich, in der Diagnostik und der Festlegung der Therapie durch den Rechtsanspruch auf eine Zweitmeinung. Bei der Qualitätssicherung in der ärztlichen Berufsausübung nehmen die Ärztekammern im Rahmen der ärztlichen Weiter- und Fortbildung eine wichtige Funktion ein. Wir wollen die vorhandenen Versorgungsdaten zusammenführen und über die Versorgungsforschung die Therapiekennntnisse breit nutzbar machen.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Den Kern unseres freiheitlichen Gesundheitswesens bilden die freiberufliche Ärzteschaft, die freie Arztwahl, die Niederlassungsfreiheit und die Therapiefreiheit. Das soll so bleiben! Eine gut funktionierende Selbstverwaltung gewährleistet praxisnahe und eigenverantwortliche Entscheidungen bei der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen. Der Staat übernimmt keine Fachaufsicht. Das zeichnet unser System aus.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil... sie zum guten Lebensstandard gehört und Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eines jeden Menschen ist.“



Sozialdemokratische Partei Deutschlands

ein Gesundheitswesen, das sich am Bedarf von Patientinnen und Patienten und nicht an Renditeüberlegungen orientiert.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allgegenwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

Unser Gesundheitswesen ist gut. Das soll auch angesichts des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels so bleiben. Dazu brauchen wir nicht weniger, sondern mehr Solidarität und Gerechtigkeit. Krankheit ist ein Lebensrisiko, das niemand alleine schultern kann. Umso mehr entscheidet sich hier, ob eine solidarische Ordnung Vorrang vor den Regeln des Marktes behält.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

Wichtig ist, mehr Geld für notwendige Investitionen in Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Denn die Finanzierungslücke ist groß und kann von den Ländern alleine nicht mehr geschlossen werden.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Die DRG-Kalkulation und Fortschreibung erfolgt auf der Grundlage von Ist-Leistungsdaten aller Krankenhäuser sowie

BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

Die SPD will ein Gesundheitswesen aus einem Guss. Eine qualitativ hochwertige Versorgung kann am besten gelingen, wenn die Grenzen zwischen ambulantem und stationärem Sektor überwunden werden. Wir wollen die Bürgerversicherung einführen. Das bedeutet: gleicher Zugang zur medizinischen Versorgung für alle, gleiche und solidarische Versicherung für alle und eine gerechte und paritätische Finanzierung. Wir wollen

von Ist-Kostendaten einer freiwilligen Stichprobe von Krankenhäusern. Es ist davon auszugehen, dass die gesetzliche Vorgabe, wonach Empfehlungen zu Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern sollen, indem sie Zielvereinbarungen ausschließen, die auf finanzielle Anreize für einzelne Leistungen und Leistungsmengen abstellen, im Rahmen der Selbstverwaltung umgesetzt wird.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Der medizinische Fortschritt soll wieder gemeinsam von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert werden. Und wir sorgen dafür, dass Bürgerinnen und Bürger unabhängig von Einkommen und Wohnort die beste Versorgung bekommen. Dafür schaffen wir eine Bürgerversicherung, in die alle einzahlen und durch die alle die notwendigen medizinischen Leistungen bekommen.

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

Mit der Bürgerversicherung schaffen wir eine einheitliche Honorarordnung für Ärztinnen und Ärzte. Damit richtet sich die Vergütung medizinischer Leistungen nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und nicht danach, ob sie privat oder gesetzlich versichert sind.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen werden wir konsequent voranbringen. So kann etwa die Telemedizin Versorgungsstrukturen gerade in weniger besiedelten Bereichen entscheidend verbessern oder erst ermöglichen und die elektronische Patientenakte kann die Partizipation und

Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten, der Versicherten und ihren Angehörigen und einen bruchfreien Sektoren übergreifenden Behandlungsprozess sichern. Wir beschleunigen den Ausbau in allen Bereichen und unterstützen Innovation. Grundlage bleibt für uns eine verlässliche einheitliche Telematikinfrastruktur, die ein beispielloses Schutzniveau der sensiblen Daten sichert. Wir sorgen für schnelle Bereitstellung und stetige Weiterentwicklung. Dabei steht für uns im Fokus, dass Patientinnen und Patienten die Hoheit über ihre Daten haben und freiwillig und eigenständig über Zugang und Weitergabe entscheiden können.

ÄRZTEMANGEL/ NOTFALLVERSORGUNG:

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung. Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Wir wollen, dass das auch für ländliche und strukturschwache Regionen wie für Stadtteile mit sozialen Problemen gute und barrierefreie Versorgung medizinischer Standard ist. Dazu schaffen wir eine integrierte Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung. Wir brauchen darüber hinaus mehr Hausärztinnen und Hausärzte als heute, denn sie sind die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall. Wir wollen die Notfallversorgung verändern, um den Zugang für alle sicherzustellen. Mit dem Versorgungstärkungsgesetz haben wir den Verantwortlichen vor Ort mehr Möglichkeiten gegeben, Anreize für eine Niederlassung zu setzen. Zudem werden die Gründungsmöglichkeiten für

medizinische Versorgungszentren z. B. für Kommunen, weiterentwickelt, um insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen aktiv die Versorgung mitzugestalten. Wir setzen uns für mehr und besser bezahltes Pflegepersonal in Krankenhäusern ein. Deshalb wollen wir verbindliche Personalstandards umsetzen.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Wir werden Patientenrechte stärken und einen Patientenentschädigungsfonds als Stiftung des Bundes schaffen. Der Fonds unterstützt Patientinnen und Patienten bei Behandlungsfehlern, wenn haftungsrechtliche Systeme nicht greifen. Die Vertretung von Patientinnen und Patienten beziehungsweise Versicherten in allen Gremien muss gestärkt werden.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Die Selbstverwaltung ist ein bewährtes Grundprinzip der Sozialversicherungen. Wir wollen die Selbstverwaltung stärken. Dazu gehört auch, Transparenz und Kontrolle zu stärken, wo es notwendig ist.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil ... Gesundheit eines der höchsten menschlichen Güter ist und der freie und gleiche Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zentraler Bestandteil und Voraussetzung für ein gelingendes Leben, für Selbstbestimmung und Teilhabe, für menschenwürdige Arbeits- und Lebensbedingungen und für gute Arbeit und soziale Sicherheit ist.“



BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

Zentrale Herausforderungen für unser Gesundheitswesen bleiben der demographische Wandel und der medizinische Fortschritt. Hierfür ist eine stabile, verlässliche und gerechte finanzielle Basis nötig, damit sich auch in der Zukunft alle Menschen zu bezahlbaren Beiträgen versichern können und gut versorgt werden. Die Trennung zwischen den Sektoren muss überwunden und mehr Anreize für eine sektor übergreifende Versorgung aus einer Hand geschaffen werden. Dazu ist ein abgestimmtes Konzept nötig, bei dem die Versorgungsplanung, die Vergütungssysteme, die Qualitätssicherung und auch die Aufgabenverteilung in unserem Gesundheitswesen mit dem Ziel einer stärker sektor übergreifenden Versorgung weiterentwickelt werden. Hierbei wollen wir auch den Regionen und Kommunen eine stärkere Verantwortung übertragen. Patientinnen und Patienten müssen von Zuschauern zu Spielmachern in unserem Gesundheitswesen werden. Dazu wollen wir die unabhängige Patientenberatung wiederherstellen, eine Patientenstiftung einrichten und die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) stärken. Die Digitalisierung in unserem Gesundheitswesen muss im Sinne der Patientinnen und Patienten vorangetrieben werden. Die Politik muss die Einführung digitaler Lösungen aktiver anstoßen und begleiten.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allge-

Bündnis 90 / Die Grünen

genwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

In einem aus Beiträgen der Versicherten solidarisch finanzierten Gesundheitswesen ist ein sorgsamer und wirtschaftlicher Umgang mit finanziellen Mitteln zwingend. Allerdings sehen wir es kritisch, dass die ökonomischen Anreize in unserem Gesundheitswesen falsch gesetzt sind. Häufig geht es nicht um den Gesundheitsnutzen für die Patientinnen und Patienten, sondern darum, wer die meisten Leistungen zu möglichst geringen Kosten erbringt. Statt Mengensteigerungen zu fördern muss Qualität besser vergütet werden.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

Wir schlagen vor, Länder und Krankenkassen je zur Hälfte an der Investitionsfinanzierung zu beteiligen. Der Zuschuss der Krankenkassen soll sich dabei an der Höhe der von den Ländern jeweils aufgetragenen Summe orientieren. Im Gegenzug sollen die Krankenkassen an der Krankenhausplanung beteiligt werden.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Wir wollen das DRG-System weiterentwickeln. Statt Fehlanreizen für Mengenausweitung muss Qualität belohnt werden. Pflege muss im DRG-System besser abgebildet werden.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Wir sind für ein integriertes Krankenversicherungssystem, eine Bürgerversicherung. So wird Gesundheit solidarisch und stabil finanziert und alle Menschen sind verlässlich und bezahl-

bar abgesichert. Private und gesetzliche Krankenversicherungen können miteinander um gute Versorgung konkurrieren. Anders als im heute getrennten dualen System haben alle Versicherten Wahlfreiheit bei der Auswahl ihrer Krankenversicherung.

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

Wir sind für eine Reform. Dabei muss auch die Perspektive der Versicherten stärker berücksichtigt werden, damit sie nicht durch unbezahlbare Prämiensteigerungen überfordert werden. Mittelfristig planen wir die schrittweise Einführung einer Bürgerversicherung, in der wir auch eine gemeinsame Gebührenordnung schaffen werden. Dabei stellen wir sicher, dass der Gesundheitsversorgung insgesamt kein Geld entzogen wird.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Durch die Digitalisierung können Kooperation und Vernetzung der Versorgung erleichtert, die Datensouveränität der Patientinnen und Patienten verbessert, sie stärker in den Behandlungsprozess einbezogen und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden. Als Schlüsselprojekt sehen wir die elektronische Patientenakte. Sie kann dabei helfen, diese Chancen zu verwirklichen. Die Patientinnen und Patienten müssen dabei unbedingt auf den Datenschutz vertrauen können.

ÄRZTEMANGEL

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung.

Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

Einen generellen Ärztemangel sehen wird nicht, vielmehr ist in einigen Regionen und insbesondere in der Allgemeinmedizin ein Mangel absehbar oder schon eingetreten. Wir wollen durch attraktive Ausbildungs- und Vergütungsbedingungen, familiengerechte Arbeitsbedingungen und flexiblere Arbeitszeiten mehr Ärztinnen und Ärzte für die Mangelfächer und für unterversorgte Regionen gewinnen.

NOTFALLVERSORGUNG

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Wir wollen eine Reform der Notfallversorgung, bei der die Planung, Vergütung und Organisation der Notfallversorgung neu geregelt wird. So könnten Notfallzentren in flexibler Trägerschaft in enger Anbindung an bestehende stationäre Notaufnahmen eingerichtet werden.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Wir wollen unter anderem ein Vergütungssystem, das den Ärztinnen und Ärzten Zeit gibt, sich den Patientinnen und Patienten zu widmen und qualitativ hochwertige und nutzbringende Leistungen zu erbringen.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Der Staat muss zum Beispiel darauf achten, dass mit den Beitragsmitteln der gesetzlich Versicherten sorgsam umgegangen wird. Dies war in der Vergangenheit nicht immer der Fall, weil der Staat seine Rechtsaufsicht vernachlässigt und damit Fehlentwicklungen begünstigt hat. Eine Fachaufsicht über die Selbstverwaltung lehnen wir hingegen ab.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil ... alle Menschen die Chance haben müssen, gesund zu leben oder wieder gesund zu werden.“

DIE LINKE.

BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

Die größten Herausforderungen sehen wir in der Herstellung einer gerechten Finanzierung, in einer flächendeckenden ambulanten Versorgung sowie in der Krankenhauspolitik. Näheres in den folgenden Antworten.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allgegenwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

Wir sind leider die einzige Fraktion im Bundestag, die diese Entwicklung ausgesprochen negativ sieht. Dabei zeigen Beispiele auf der ganzen Welt, dass je mehr man ein Gesundheitssystem nach Wettbewerbsprinzipien organisiert, desto ineffizienter wird es. Gesundheitsleistungen sind keine normale Ware oder Dienstleistung wie ein Notebook oder ein Friseurbesuch. Wir stehen für weniger Konkurrenz und mehr Kooperation. Wir wollen ein öffentliches und demokratisches Gesundheitssystem und verhindern, dass große Kapitalgeber das Sagen über die Versorgung bekommen.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie

die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

Wir schlagen zwei Maßnahmen vor: Erstens müssen die Länder finanziell in die Lage versetzt werden, die Investitionen zu stemmen. Deshalb fordern wir die Wiedereinführung der Vermögenssteuer, die den Ländern zugutekommt. Zweitens fordern wir seit Zehn Jahren in den Haushaltsverhandlungen, dass der Bund als Anreiz für die Länder für jeden zusätzlich investierten Euro zehn Jahre lang einen Euro drauflegt. Das würde die Bereitschaft der Länder und die Finanzierung insgesamt deutlich stärken. Wir haben in unseren Haushaltsrechnungen des Bundes dafür 2,5 Milliarden Euro jährlich eingeplant. Zusammen mit den zusätzlichen

Investitionen der Länder könnte sich das Gesamtvolumen so fast verdreifachen.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Ihre Sicht, dass die DRG Fehlanreize setzt, teilen wir. Wir wollen daher die DRG zugunsten einer bedarfsdeckenden krankenhausindividuellen Krankenhausfinanzierung abschaffen. Zumindest die Personalkosten müssen schnellstmöglich bedarfsdeckend finanziert werden. Denn derzeit hat ein Krankenhaus Vorteile, wenn es mit möglichst wenig und möglichst gering entlohntem Personal möglichst viele und möglichst schwere Fälle „macht“. Das zu ändern geht nur über eine andere Finanzierung.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Wir wollen eine Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Genaueres dazu erfahren Sie unter <https://linksfraktion.de/gesundheitsversicherung>

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

DIE LINKE begrüßt die anstehende Novellierung der GOÄ. Etliche der Vereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und PKV bzw. Beihilfeverband bieten die Chance für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten. Dies betrifft zum Beispiel die Stärkung der „sprechenden Medizin“. DIE LINKE strebt eine einheitliche Gebührenordnung für GKV-Versicherte und andere Patientinnen und Patienten an. Einige der Vereinbarungen der neuen GOÄ-Vereinbarungen sollten dabei übernommen werden.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Digitale Anwendungen bieten die Chance, die Versorgung und die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen zu verbessern. DIE LINKE unterstützt den Aufbau der Telematik-Infrastruktur, lehnt aber die elektronische Gesundheitskarte in ihrer heutigen Konzeption ab. Für telemedizinische und mHealth-Anwendungen fordert DIE LINKE valide Belege für den Patientennutzen.

ÄRZTEMANGEL

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung. Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

DIE LINKE fordert eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung anhand des tatsächlichen Behandlungsbedarfs/der Morbidität. Zur Sicherung der Versorgung sollten stationäre und ambulante Strukturen gemeinsam gedacht und geplant werden. Wir wollen moderne Behandlungseinrichtungen wie Rotationspraxen und grundständige Polikliniken fördern.

NOTFALLVERSORGUNG

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Auch in der Notfallversorgung ist es nicht sinnvoll, strikt zwischen stationärem und ambulanten Sektor zu trennen. Notfall- und Portalpraxen sind gute Schritte, doch

mittelfristig ist auch hier eine Sektoren übergreifende Versorgungssteuerung notwendig.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Die Entwicklung hin zur integrierten und interprofessionellen Versorgung erfordert auch übergreifende Qualitätsstandards. Eine vergleichbare Behandlung sollte unabhängig vom Leistungserbringer eine vergleichbare Qualität bieten. Dies ist auch eine Voraussetzung für eine Angleichung der Vergütungssysteme.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Wir befürworten die Selbstverwaltung als Ganzes und auch die ärztliche Selbstverwaltung. Sie ermöglicht, dass Entscheidungen von den betroffenen und kompetenten Gruppen getroffen werden können. Den Bedingungen eines wettbewerblich und nicht kooperativ organisierten Gesundheitssystems kann sich jedoch kein Akteur entziehen. Die Folge ist, dass Entscheidungen oft nicht zugunsten des Allgemeinwohls fallen. Diese Fehlfunktion des Systems macht staatliche Eingriffe notwendig. Wer, wie wir, eine lebendige und funktionierende Selbstverwaltung will, muss fordern, den Wettbewerb im System zu reduzieren.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil ...alle Menschen darauf angewiesen sind.“



Freie Demokratische Partei

system, das Länder, die ihrer Investitionspflicht nachkommen, durch Bundeszuschüsse belohnt.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Ökonomische Fehlanreize im Fallpauschalen-System sind zu beseitigen: Ergebnisqualität und Innovation sollen besser honoriert werden.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Wir stehen für die Vielfalt bei den Krankenversicherungen. Dazu gehören leistungsfähige gesetzliche wie auch starke private Krankenkassen. Wahl und Wechsel zwischen PKV und GKV müssen unkompliziert möglich sein. Für einen gesunden Wettbewerb sollen gesetzliche Krankenversicherungen mehr Spielräume für Tarife und Angebote zugestanden werden.

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der GOÄ, zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

Jede Reform der GOÄ muss sicherstellen, dass die erbrachte professionelle Dienstleistung fair vergütet wird. Dabei sind der tatsächliche Aufwand und das Leistungsniveau, nicht sachfremde Neiddebatten, der Maßstab.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Wir möchten das volle Potenzial des digitalen Fortschritts für die gesundheitliche Versorgung der Bürgerinnen und Bürger erschließen. E-Health-Systeme sollen den Behandelten die Souveränität über Ihre

Daten zurückgeben und dabei einen schnellen, persönlichen, individuellen Zugriff erlauben. Die Entscheidungsgewalt über einen externen Zugriff muss stets bei dem Patienten selbst liegen. Der Austausch von Daten soll erleichtert und zugleich unter Einsatz schärfster Datenschutzbestimmungen gesichert werden. Die E-Health-Systeme entschlacken aufgeblähte Bürokratie und erleichtern Diagnostik, Abstimmung und Forschung für eine bestmögliche Behandlung der Patientinnen und Patienten.

ÄRZTEMANGEL

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung. Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

Ländliche Räume sind in ihrer Vielschichtigkeit als Wirtschafts-, Wohn- und Erholungsräume zu erhalten. Wir wollen, dass sie auch in Zeiten der Digitalisierung und des demografischen Wandels beste Wettbewerbsbedingungen vorfinden und die ländlichen Gegenden nicht abgehängt werden. Deshalb setzen wir uns für beste Infrastrukturanbindungen im ländlichen Raum ein. Dazu wollen wir gerade dem drohenden Ärztemangel in ländlichen Regionen begegnen. Wir sprechen uns für die Stärkung von wohnortnahen ärztlichen Niederlassungen aus. Die ambulante ärztliche Versorgung und Orientierung erleichtert die Einbindung von Pflege und weiteren medizinischen Angeboten. Zentralisierte Versorgungsformen und eine Ärzte-Land-Verschickung wie auch der Mindestpersonalschlüssel dienen diesem Ziel nicht. Der Wettbewerb um Fachkräfte lässt sich nicht dirigistisch gewinnen. Stattdessen wollen wir die unterversorgten Standorte in Sachen Mobilität und Infrastruktur so entwickeln, dass sie für Praxisniederlassungen attraktiv werden.

BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

Mittelpunkt liberaler Gesundheitspolitik ist der Mensch, nicht Bürokratie und Regulierung. Für den Erhalt seiner Lebensqualität wollen wir die Freiheit in der Gesundheitsversorgung und Kassenwahl stärken.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allgegenwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

Der faire, kartellrechtlich gestützte Wettbewerb etwa zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen dient dem Qualitätsinteresse der Patienten. Das Wettbewerbsprinzip eröffnet Chancen für das hohe Leitungsniveau in der Gesundheitsfürsorge.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

Die Bundesländer müssen ihrer Verantwortung für die Krankenhäuser gerecht werden. Wir setzen dazu auf ein Anreiz-

Neben ortsnahe Angeboten zur Vereinbarung von Familie und Beruf und geringeren bürokratische Hürden, muss zusätzlich die Qualifikation von Arbeitnehmern und die geregelte Einwanderung von qualifiziertem ausländischen Personal vorange-trieben werden.

NOTFALLVERSORGUNG

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Die flächendeckende Notfallversorgung muss gewährleistet bleiben. Haftungsfragen dürfen den notwendigen technischen, personellen und finanziellen Aufwand nicht beeinträchtigen und sind im Interesse der Qualitätssicherung zu klären.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Wir setzen uns für bestmögliche wettbewerbliche und infrastrukturelle Rahmenbedingungen ein. So kann der Informationsaustausch und Fortschritt der Forschung im Dienste der Patientinnen und Patienten und des medizinischen Personals sicher und nach qualitativ höchsten Standards genutzt werden. Dazu wollen wir die Chancen der Digitalisierung zur Optimierung der ärztlichen Versorgung und der Patientensicherheit nutzen. Wir befürworten den stärkeren Einsatz von Telemedizin. Entsprechende Anwendungen sind weiterzuentwickeln und zu etablieren.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Wir vertrauen der Expertise und Entscheidungsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte. Deshalb wehren wir uns gegen jede staatliche Gängelung des medizinischen Personals. Dessen Arbeit soll ausschließlich von den Entscheidungen und Bedürfnissen der Patienten abhängen. Der mündige Bürger und nicht der Staat soll die Arzt-Patient-Beziehung bestimmen.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil ... die Sicherung der individuellen Lebensqualität jedes Einzelnen für uns Freie Demokraten ein Herzensanliegen ist.“



Alternative für Deutschland

*Herbert Mohr, gesundheitspolitischer Sprecher der AfD-Fraktion
im Berliner Abgeordnetenhaus**

BERLINER ÄRZTE: Welche Schwerpunkte werden Sie in der Gesundheitspolitik setzen? Wo sehen Sie die größten Probleme und welche Strategien zur Lösung schlagen Sie vor?

Die größte Herausforderung ist die nachhaltige Finanzierung unseres Gesundheitssystems. Die Mittel der GKV müssen so verteilt werden, dass eine gute medizinische Versorgung für alle Versicherten gewährleistet bleibt. Allerdings wissen wir, dass deren finanzielle Belastungsgrenze inzwischen oft erreicht ist. Folglich darf es bei Reformansätzen keine Tabus geben. Die AfD schlägt beispielsweise vor, das unzeitgemäße deutsch-türkische Sozialversicherungsabkommen von 1964 zu kündigen und so Kosten zu sparen. Auch die finanzielle Abwälzung der medizinischen Versorgung von Asylbewerbern auf die GKV-

Versicherten, wie sie mit der Änderung des § 271 Abs. 2 Satz 4 im SGB V im Stillen beschlossen wurde, muss aus unserer Sicht beendet werden.

FINANZIERUNG

BÄ: Das Gesundheitswesen entwickelt sich immer stärker zu einer Gesundheitswirtschaft. Die Ökonomisierung ist allgegenwärtig. Trotzdem wird weiterhin der sogenannte Wettbewerb propagiert. Wie sieht Ihre Partei diese Entwicklung?

Aus Sicht der AfD ist gerade der Umstand, unser sozial orientiertes Gesundheitswesen zunehmend betriebswirtschaftlichen Regeln zu unterwerfen, das eigentliche Problem. Ein über Sozialversicherungsbeiträge finanziertes System, das gewinnorientiert arbeiten soll, wird zwangsläufig danach streben, nicht nur bessere

Leistungen zu erbringen, sondern diese auch immer mehr und immer teurer zu verkaufen. Der dabei entfesselte Wettbewerb verzehrt letzten Endes die Beiträge. Ausschlaggebend für zu erbringende Leistungen darf nicht der betriebliche Gewinn, sondern muss der medizinische Bedarf sein. Andernfalls sind Mehrkosten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne dass sich die medizinische Versorgung verbessert, zwangsläufig. Die AfD steht darum für eine intelligente politische Steuerung des Systems.

BÄ: Der Investitionsstau in den deutschen Krankenhäusern beläuft sich mittlerweile auf 27 bis 30 Milliarden Euro. Darunter leiden Krankenhäuser, Personal und Patienten. Wie wollen Sie die Länder dazu bringen, ihren Investitionsverpflichtungen endlich nachzukommen?

* Nicht bei allen Parteien wurden unsere Fragen von namentlich genannten Personen beantwortet. Wo dies der Fall war, geben wir es an.

Die AfD fordert seit Langem, dass die für Krankenhausinvestitionen notwendigen Mittel bereitgestellt werden. Sparpotential an anderen Stellen des Sozialsystems gibt es aus unserer Sicht mehr als genug.

BÄ: Aus ärztlicher Sicht setzt das Fallpauschalensystem (DRG) in seiner jetzigen Form deutliche Fehlanreize. Welches Rezept hat Ihre Partei dagegen?

Neben der sinnvollen Transparenz des Behandlungsumfangs gibt es tatsächlich Fehlanreize im Fallpauschalensystem. Hinzu kommt eine immer aufwendigere Gegensteuerung. Noch mehr Bürokratie ist also keine Lösung. Deshalb muss geprüft werden, wo bestehende Regeln sinnvoll vereinfacht werden können.

BÄ: Welches Krankenversicherungssystem ist aus Ihrer Perspektive zukunftsweisend und warum?

Grundsätzlich favorisieren wir eine solide Grundversorgung nach Schweizer Vorbild. Private Zusatzversicherungen können dies ergänzen. In Deutschland ist diese Praxis durchaus auch schon erfolgreich, beispielsweise bei der zahnmedizinischen Versorgung.

BÄ: Was sagen Sie zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), zu der nach der Bundestagswahl ein von der Bundesärztekammer, der PKV und der Beihilfe konsentierter Entwurf vorgelegt werden soll?

Hierzu befinden sich alle Parteien in intensiven Gesprächen. Wie sich die künftige Bundestagsfraktion der AfD positionieren wird, ist derzeit noch nicht abschließend entschieden, da die Sachlage von den Fachpolitikern der Partei noch geprüft wird.

DIGITALISIERUNG

BÄ: Welche Chancen und welche Risiken sehen Sie in der Digitalisierung des Gesundheitswesens? Welche Projekte möchten Sie vorantreiben?

Insbesondere eine Weiterentwicklung der Telemedizin ist sinnvoll, auch um perspektivisch eine stabile fachärztliche Versorgung in ländlichen Regionen sicherzustellen. Ebenso befürwortet die AfD die Speiche-

rung eines Notfalldatensatzes einschließlich eines Medikamentenplans und einer Patientenverfügung auf der elektronischen Gesundheitskarte. Die Schaffung einer zentralen Datenbank zur Speicherung vertraulicher Gesundheitsdaten lehnen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ab.

ÄRZTEMANGEL

BÄ: Das Thema „Ärztmangel“ ist nicht mehr wegzudiskutieren – zum einen, wenn es um die Versorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten geht, zum anderen aber auch in der stationären Versorgung. Dort werden Forderungen nach Mindestpersonalschlüsseln laut. Welche Maßnahmen halten Sie für zielführend?

Aus unserer Sicht gibt es nur einen Weg: In Deutschland ausgebildete Ärzten müssen Arbeitsbedingungen vorfinden, die eine Abwanderung unattraktiv machen. Dazu gehören ausreichend Planstellen in Krankenhäusern und auskömmliche Praxen. Geeignete Werkzeuge sind sicherlich steuerliche Anreize, aber auch Bürokratieabbau. Zudem analysiert die AfD gerade weitere Maßnahmen gegen den Ärztemangel auf ihre Praktikabilität.

NOTFALLVERSORGUNG

BÄ: Wir haben mit einer chronischen Überlastung des medizinischen Personals in der Notfallversorgung zu kämpfen. Abhilfe schaffen sollen Notfallpraxen. Unklar bleiben Regelungen zur Finanzierung der Sektoren übergreifenden Notfallversorgung, offen bleiben haftungsrechtliche Fragen. Wie will Ihre Partei das Problem in den Griff bekommen?

Die unerträglichen Zustände in vielen Notfallambulanzen unserer Krankenhäuser haben viele Ursachen. Es gibt Finanzierungsprobleme, die u.a. entstehen, weil meistens Krankenhäuser die ambulante Notfallbehandlung absichern, während die Finanzierung der Leistung bei der KV liegt. Hier fordert die AfD eine grundsätzliche Strukturreform, der eine umfassende Analyse der Lage und der Ursachen vorausgehen muss. Außerdem müssen Ärzte in die Lage versetzt werden, Patienten, die kein Notfall sind, zurückzuweisen bzw. erbrachte Leistungen privat in

Rechnung zu stellen, um die Notfallambulanzen und die GKV-Gemeinschaft zu entlasten.

QUALITÄTSSICHERUNG/ PATIENTENSICHERHEIT

BÄ: Bei der Entwicklung einer Patientensicherheitskultur ist Deutschland einen im internationalen Vergleich beispielhaften Weg gegangen. Was will Ihre Partei tun, um Ärzte dabei zu unterstützen, bestmögliche Qualität und Sicherheit für den Patienten zu gewährleisten?

Jeder Patient erwartet zu Recht eine gute und fehlerfreie Behandlung. Und jeder Arzt möchte diese auch anbieten. Im dicht gedrängten Alltag der modernen Medizin bedeutet das jedoch einen hohen Kraftaufwand. Darum setzt sich die AfD dafür ein, alle Maßnahmen voranzutreiben, welche die Steuerung der Behandlung sinnvoll unterstützen und helfen, Fehler zu vermeiden. Dazu zählt beispielsweise die Erstellung von Leitlinien und Checklisten für den Alltag.

ÄRZTLICHE SELBSTVERWALTUNG

BÄ: Der ärztliche Beruf ist ein freier Beruf, die ärztliche Selbstverwaltung unterliegt aber immer stärker staatlicher Einflussnahme. Wie bewerten Sie diesen Prozess?

Natürlich gibt es auch bei der ärztlichen Selbstverwaltung Fehlentwicklungen. Hier setzen wir auf die Einsicht der Mediziner, dies aus eigener Kraft zu korrigieren. Letztlich ist es im Interesse aller Ärzte, das solidarische Versicherungssystem am Laufen zu halten. Dazu sind alle Beteiligten immer wieder aufs Neue aufgerufen, gegenläufig gelagerte Interessen auszugleichen. Der Staat sollte hierbei als Mittler wirken.

BÄ: Zum Abschluss bitten wir Sie diesen Satz zu vervollständigen:

„Gesundheitspolitik ist für unsere Partei wichtig, weil ...sich hier ganz besonders zeigt, wie wichtig den Politikern das Wohl der Bürger ist.“

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
06.09.2017 08.11.2017 29.11.2017	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	6 P
23.09.2017	6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Ist „maximale“ Medizin optimal? (weitere Informationen s. S. 13 u. 26)	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
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. E-Mail: Schimmel@signal-intervention.de; Tel: 030/275 95 353	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
23.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz Interventionsradiologie (weitere Informationen s. S. 10)	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
24.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT (weitere Informationen s. S. 10)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
09.12.2017	Impfungen in der Praxis (weitere Informationen s. S. 25)	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

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

Neue Arzneimittel 2016/2017 – eine kritische Bewertung / Aktuelle Aspekte zur Arzneimittelsicherheit – Nebenwirkungen und Medikationsfehler

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

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

Im Mittelpunkt der Herbst-Fortbildungsveranstaltung stehen zwei Vorträge: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe nimmt eine kritische Bewertung neuer Arzneimittel der Jahre 2016/2017 vor. Dr. med. Ursula Köberle diskutiert aktuelle Themen und interessante Verdachtsfälle aus der Arzneimittelsicherheit mit Schwerpunkt Medikationsfehler. Beide Beiträge widmen sich den Themen unter besonderer Beachtung klinisch-praktischer Aspekte der Patientenversorgung.

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

Termin: Mittwoch, 11.10.2017, 19:30 – 21:00 Uhr
Veranstaltungsort: BITTE BEACHTEN
Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Referenten: Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, Facharzt für Pharmakologie, Heidelberg, Mitglied der AkdÄ
 Dr. med. Ursula Köberle, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin, Mitglieder der AkdÄ
Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission der Ärztekammer Berlin

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

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.

Aus Fehlern lernen - Methoden der Analyse für Schadensfälle, 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 mit 14 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

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

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: E-Learning-Modul:
 6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten zwischen 01.11. – 05.12.2017
Präsenztag:
 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 €

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 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 mit 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

Fortbildungsreihe „digital health“

Eine rasant zunehmende Zahl an theoretisch und praktisch verfügbaren digitalen Daten und vernetzten Informationen weckt die Hoffnung auf eine schöne neue, optimale Welt der Patientenversorgung. Der Fortbildungskongress 2016 der Ärztekammer Berlin bot einen Einstieg in dieses komplexe Thema. Mit der aktuellen Fortbildungsreihe „digital health“ werden von September bis Dezember 2017 Impulse aus dem Kongress aufgegriffen und praxisnah diskutiert. Der Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer in den erlebten ärztlichen Berufsalltag steht im Fokus der Workshops.

27.09.2017, 18:00 – 19:30 Uhr: Wie kann die Digitalisierung des Gesundheitswesens gelingen?

18.10.2017, 16:00 – 20:00 Uhr: Digitale Selbstbestimmung in der Gesundheitsversorgung

15.11.2017, 18:00 – 19:30 Uhr: Startup-Enthusiasmus in der Gesundheitsbranche – Reden wir aneinander vorbei?

13.12.2017, 18:00 – 19:30 Uhr: Wie können moderne Technologien zur Wert-Orientierung im Gesundheitswesen beitragen?

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: jeweils 50 €

Fortbildungspunkte: 2 Punkte (18.10.2017 - 5P)

Weitere Informationen erhalten Sie hier im Heft auf Seite 12, auf der Homepage der Ärztekammer Berlin / Fortbildung oder telefonisch 030/40806-1211. Die Workshops sind einzeln buchbar.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2018 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: 26.02. - 03.03.2018

Präsenzwoche 2: 09.04. - 14.04.2018

Präsenzwoche 3: 28.05. - 02.06.2018

(jeweils montags bis freitags 09:00 – 18:00 Uhr und samstags von 09:00 – 16:00 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

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 eine 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“.

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 13.

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.

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

Heilberufekammergesetz: Gesetzliche Grundlage der Kammer wird neu geregelt

Interview

mit Gesundheitsministerin
Dilek Kolat (SPD) und Kammerpräsident
Dr. med. Günther Jonitz zum neuen
Heilberufekammergesetz.

Am 27. Juni wurde das neue Heilberufekammergesetz vom Berliner Senat verabschiedet. Im Herbst wird es im Abgeordnetenhaus behandelt. Das Gesetz entstand unter aktiver Mitwirkung der Ärztekammer Berlin und der anderen vier Heilberufekammern. Mit diesem werden die rechtlichen Grundlagen für die Heilberufekammern zusammengeführt, modernisiert und an die Entwicklungen des Gesundheitswesens angepasst. Das bisher geltende Berliner Kammergesetz von 1978 wird damit abgelöst.



Kammerpräsident Günther Jonitz und Gesundheitsministerin Dilek Kolat sind zufrieden mit dem neuen Heilberufekammergesetz.

BÄ: Nach sehr langem Vorlauf konnte nun das neue Berliner Heilberufekammergesetz dem Abgeordnetenhaus vorgelegt werden. Warum ist Ihnen das wichtig?

Kolat: Das neue Gesetz ist eines meiner ersten wichtigen Projekte als Gesundheitsministerin gewesen. Ich habe das ja in den ersten 100 Tagen gleich in Angriff genommen. Das neue Berliner Heilberufekammergesetz berücksichtigt viele aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen und ist nicht nur eine Novelle, sondern ein neues Gesetz. Es ist ein Reformschritt, dass wir die teilweise sehr unterschiedlichen Gesetze in einem einheitlichen Heilberufekammergesetz zusammenfassen, das das modernste in der Bundesrepublik ist. Es ist ein Gesamtwerk geworden, mit dem ich sehr zufrieden bin.

Jonitz: Ich teile diese positive Einschätzung. Bisher war das Kammergesetz etwas, das zwar in jeder Legislaturperiode an der einen oder anderen Ecke angefasst wurde, aber viele relevante Probleme außen vor gelassen hat. Mit der Reform des Heilberufekammergesetzes, in das auch das Weiterbildungsgesetz überführt wurde, hat man jetzt eine gesetzliche Grundlage aus einem Guss mit sehr zentralen und wichtigen Neuerungen. Das ist wichtig

für die Arbeit der ärztlichen Selbstverwaltung und deren demokratischer Grundlage. Dabei muss ich betonen, dass eine Kammer keinen Selbstzweck hat, sondern der Gemeinwohlbindung folgt. Und das wird mit dem neuen Gesetz unterstützt.

BÄ: Kommen wir zu den einzelnen Punkten. Patienten, die eine Beschwerde bei der Kammer eingereicht oder andere Personen, die ein berechtigtes Interesse haben, werden künftig einen Auskunftsanspruch zum Sachstand von berufsrechtlichen Verfahren haben. Warum war dies notwendig?

Jonitz: Bisher durften wir aus Datenschutzgründen Patienten, die eine Beschwerde bei uns eingereicht haben, keine Auskünfte über den Fortgang des Verfahrens erteilen. Das war natürlich für die Patienten im höchsten Maße unbefriedigend. Mit dem neuen Gesetz dürfen wir Auskünfte erteilen – und das werden wir auch tun.

Kolat: Aus Patientensicht ist es ein Riesenschritt, dass es jetzt eine Rechtsgrundlage für einen Auskunftsanspruch gibt. Es

war nicht sehr zufriedenstellend, wenn man etwas beanstandet und dann nichts mehr hört – vor allem wenn es um das Ergebnis geht. Damit wird die Arbeit der Kammer für die Patientinnen und Patienten transparenter.

BÄ: Herr Dr. Jonitz, das Gesetz schärft die Möglichkeiten zur berufsrechtlichen Aufsicht der Kammer an einigen Stellen deutlich. So wird es künftig erheblich schwerer, sich durch einen Wohnort- und Kammerwechsel einem berufsrechtlichen Verfahren zu entziehen. Warum begrüßen Sie das?

Jonitz: Aus Sicht der Patienten ist mir wichtig, dass wir jetzt endlich in den Stand versetzt werden, berufsrechtliche Angelegenheiten auch dann weiter zu verfolgen, wenn der oder die Betroffene weggezogen ist. Es war bisher häufig so, dass wir ein berufsrechtliches Verfahren schließen mussten, da das Kammermitglied einfach in einen anderen Kammerbereich gezogen ist. Damit wurden wir unserem Auftrag nicht ausreichend gerecht. Das wird jetzt anders.

BÄ: Frau Kolat, in Zukunft sollen Ärzte im öffentlichen Dienst, die keine Beamten sind, der berufsrechtlichen Aufsicht der Kammer unterliegen – bis hin zum berufsrechtlichen Verfahren. Worin liegen aus Ihrer Sicht die Vorteile einer solchen Regelung?

Kolat: Damit setzen wir auf die gut bewährte Zusammenarbeit mit der Kammer auf und geben ein Stück Aufsicht ab. Es macht keinen Sinn, hier zwischen den freiberuflichen und den im öffentlichen Dienst tätigen Ärzten zu trennen. Das schafft auch eine Gleichbehandlung, unabhängig davon, in welchem Bereich Ärztinnen und Ärzte beschäftigt sind.

BÄ: Herr Dr. Jonitz, im neuen Heilberufekammergesetz ist die Definition der ärztlichen Berufsausübung deutlich weiter gefasst als bisher. Was hat das Kammermitglied davon?

Jonitz: Damit wird klargestellt, dass jeder, der eine Approbation hat, Arzt ist und bleibt – mit entsprechenden Rechten und Pflichten. Mit der Neuregelung wird deutlich, dass man nur dann aufhört, Arzt zu sein, wenn man seine Approbation abgegeben hat. Für einige Kammermitglieder ist dies sehr wichtig, weil sie im Spannungsfeld zwischen Deutscher Rentenversicherung Bund und der Berliner Ärzteversorgung stehen. In der Vergangenheit gab es immer wieder Fälle, in denen ein Arzt eine klinische Tätigkeit beendet hat und in einem anderen Bereich im Gesundheitswesen, bspw. in der Leitung von Krankenhäusern, tätig wurde, und die Deutsche Rente Bund ihn dann aufforderte, Pflichtmitglied zu werden. Da herrscht jetzt deutlich mehr Rechtssicherheit.

BÄ: Im Kammergesetz ist jetzt auch die Pflicht für Ärzte festgehalten, eine Berufshaftpflichtversicherung vorzuhalten. Warum war es notwendig, dies im Gesetz zu verankern?

Kolat: Das ist eine EU-Verordnung. Es wurde ja lange gefordert, dass dies nicht nur in der Berufsordnung, sondern im Gesetz verankert ist. Das ist ein Schritt, der längst fällig war. Ich bin froh, dass wir das jetzt im Gesetz haben.

BÄ: Auch in Sachen Weiterbildung bietet das neue Kammergesetz einige Änderungen. Die Weiterbildung wird beispielsweise flexibilisiert, indem sie noch besser in Teilzeit durchgeführt werden kann. Welchen Vorteil hat es, dies im Kammergesetz zu regeln?

Kolat: Dass der Vollzeitgrundsatz aufgegeben wurde, macht unser Gesetz auch sehr modern. Anforderungen wie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die in der Realität vorhanden sind, spiegeln sich damit im Gesetz wider.

Jonitz: Dem kann ich nur zustimmen. Wir müssen dafür Sorge tragen, dass junge Ärztinnen und Ärzte Familie und Weiterbildung so gut wie möglich in Einklang bringen können.

BÄ: Frau Kolat, die Angestelltentätigkeit in einem MVZ wird jetzt im Kammergesetz erfasst. Warum ist das sinnvoll?

Kolat: Auch hier geht das Berliner Heilberufekammergesetz mit der Zeit. Zur Realität der ambulanten Versorgung gehören heute MVZ dazu. Somit ist jetzt im Gesetz auch das Angestelltenverhältnis in einem MVZ erfasst. Ich denke, dass die Arbeit in einem MVZ für viele Ärztinnen und Ärzte eine schöne Alternative darstellt. An dieser Stelle möchte ich aber auch für die Selbstständigkeit der niedergelassenen Ärzte werben. Denn diese werden wir auch in Zukunft brauchen.

BÄ: Für Ärzte, die aus dem Ausland zu uns kommen, stellt das Gesetz klar, dass ihre Ausbildung gleichwertig mit der hiesigen sein muss, bevor sie mit der Weiterbildung beginnen können. Inwiefern war diese Klarstellung erforderlich?

Jonitz: Wir haben eine große Zuwanderung von Ärzten aus anderen Ländern, das heißt auch aus Nicht-EU-Ländern. Das sind oft Menschen, die hochgradig engagiert und kompetent sind. Aber nicht alle, die eine Ausbildung oder eine Facharztweiterbildung abgeschlossen haben, haben das gleiche Qualitätsniveau wie in Deutschland. Es gibt Länder, wo man in drei Jahren den Facharzt für Kardiologie macht, während man bei uns mindestens sechs Jahre braucht. Wir brauchen aber ein einheitliches Qualitätsniveau.

BÄ: Die von der Kammer durchgeführten Fachsprachprüfungen sind künftig auch im Kammergesetz verankert. Weshalb ist das wichtig?

Kolat: Berlin ist eine Zuwanderungsstadt. Diese Zuwanderung erfolgt zu einem großen Teil aus dem Ausland. Daher ist für uns das Thema Fachkräftezuwanderung erst einmal ein positives. Wir sehen dabei auch Potenziale im Gesundheits- und Pflegewesen. Gleichzeitig wollen wir die Versorgung in hoher Qualität sicherstellen. Dabei reicht nicht die Gleichwertigkeit der Abschlüsse in Aus- und Weiterbildung. Es darf zwischen Arzt und Patient keinen Raum für Missverständnisse geben, die auf Sprachdefiziten basieren. Die Sprachkompetenz ist das A und O für eine qualitativ hochwertige Versorgung.

Jonitz: Zu den zentralen Aufgaben einer Ärztekammer gehört die Qualitätssicherung. Dabei spielt die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit eine besondere Rolle. Der Arzt muss die Sprache des Patienten sprechen. Er muss in der Lage sein, die Probleme des Patienten zu verstehen. Dass das Thema Fachsprachprüfung auf die politische Agenda gelangt ist, ging übrigens unter anderem von der Ärztekammer Berlin aus. Hinzu kommt, dass die Charité seit vielen Jahren schon Deutschkurse für ausländische Ärzte anbietet.

BÄ: Das neue Kammergesetz sieht die Möglichkeit einer freiwilligen Kammermitgliedschaft vor, zum Beispiel für Ärzte, die ins Ausland gehen, oder für Medizinstudierende. Welchen Nutzen hat eine freiwillige Mitgliedschaft für das Kammermitglied?

Jonitz: Wir haben in Berlin glücklicherweise den Umstand, dass sich viele Mitglieder mit ihrer Kammer identifizieren, sich gut vertreten und informiert fühlen. Allerdings gehen viele Ärzte auch in andere Bundesländer und ins Ausland. Als Beispiel sei der Gesundheitsdienst des Auswärtigen Amtes genannt. Viele möchten dann gerne Kammermitglied in Berlin bleiben. Das war früher nicht möglich. Mit der Gesetzesänderung können wir dies nun per Satzung regeln. Es besteht nun auch die Möglichkeit, dass be-

reits Medizinstudierende Kammermitglied werden können. So kann man dem Nachwuchs eine Brücke in die ärztliche Ständevertretung und politische Mitgestaltung bauen.

BÄ: Apropos Ständevertretung: Aktuell besteht die Delegiertenversammlung der Kammer aus 45 gewählten Vertretern und einem stimmberechtigten Vertreter für die Berliner Hochschulen. Künftig sollen bis zu drei nicht-gewählte, aber stimmberechtigte Hochschulvertreter möglich sein. Was sagen Sie zu dieser Änderung, Frau Kolat?

Kolat: Das ist das Ergebnis eines Verhandlungsprozesses. Die neue Regelung heißt ja „bis zu drei“. Da gibt es eine Flexibilität. Ich finde es aber gut, dass die Wissenschaft hier integriert wird.

Jonitz: Das ist ein Punkt im jetzigen Gesetzesentwurf, den die Kammer kritisch sieht. Zum einen aus grundsätzlichen Erwägungen heraus. Hier werden demokratische Prinzipien ausgehebelt. Ohnehin sind die Universitäten in der DV schon gut vertreten, viele DV-Mitglieder arbeiten beispielsweise in der Charité. Zum anderen handelt es sich hier eben um nicht-gewählte Vertreter. Drei Stimmen können bei manchen Abstimmungen schon entscheidend sein. Unser Vorschlag war, dass wir den Universitäten Sitzungs- und Rede-recht einräumen, aber kein Stimmrecht.

Kolat: Das war uns als Land Berlin zu wenig. Bisher gab es einen stimmberechtigten Vertreter der Hochschulen. Das zu schwächen, wäre nicht in unserem Sinn gewesen. Aber am Ende ist so ein Gesetz ja ein Gesamtwerk mit Geben und Nehmen.

BÄ: Im Kammergesetz wird nun klargestellt, dass die Senatsverwaltung der Kammer nur neue Aufgaben übertragen darf, wenn diese dem zustimmt und die Deckung und Übernahme der Kosten geregelt werden. Freut Sie diese Klarstellung, Frau Kolat?

Kolat: Nun ja, das war nun wieder ein Entgegenkommen unsererseits. Wenn man einen fairen Umgang miteinander will, muss man sich bei der Übertragung von Aufgaben auch über die Kosten unterhalten. Die Kammermitglieder zahlen ja

Heilberufekammergesetz: Was sonst noch neu ist

- Die Amtsperiode von Delegiertenversammlung und Vorstand sowie aller nachgelagerten Gremien beträgt künftig fünf statt vier Jahre.
- Die Kammern können übertragene Aufgaben einvernehmlich einer anderen Kammer übertragen bzw. Verwaltungsaufgaben auch gemeinsam erledigen.
- Die Kammern können künftig Rügen mit Geldauflage von bis zu 10.000 Euro belegen. Bislang waren 5.000 Euro das Maximum. Außerdem können Rügen mit der Auflage, an bestimmten Fortbildungen teilnehmen zu müssen, verbunden werden.
- In berufsgerichtlichen Verfahren können jetzt unter anderem Geldbußen bis zu 100.000 Euro verhängt werden. Bisher lag die finanzielle Höchststrafe bei 50.000 Euro.
- Die Kammer kann das Ruhen der Befugnis zur Weiterbildung anordnen, wenn gegen das zur Weiterbildung befugte Kammermitglied wegen des Verdachts einer Straftat oder einer schwerwiegenden Berufspflichtverletzung ein Strafverfahren oder ein berufsrechtliches Verfahren eingeleitet wurde.

Was sich nicht ändert:

- Es bleibt auch künftig bei einer eigenen Vertreterversammlung der Berliner Ärztesorgung. Der Vorstoß der Ärztekammer Berlin, deren Aufgaben wie in der Vergangenheit von der Delegiertenversammlung übernehmen zu lassen, fand im neuen Heilberufekammergesetz keinen Niederschlag.
- Weiterhin besteht auch die Ämterkollisionsklausel fort. Wer also zum Beispiel im Vorstand der Kammer ist, kann weiterhin nicht Mitglied in einem Ausschuss der Berliner Ärztesorgung sein.

schließlich Beiträge, damit ihre Interessen vertreten werden und nicht um staatliche Aufgaben zu erfüllen. Das muss im Einvernehmen geschehen. Es ist auch eine Kulturfrage, wie man miteinander umgeht.

Jonitz: Das möchte ich ausdrücklich unterstreichen. Uns ist es wichtig, dass wir mit den Pflichtbeiträgen unserer Mitglieder einen Mehrwert für die Kammermitglieder schaffen. Insofern schützt uns eine solche Regelung davor, Aufgaben zu übernehmen, die nicht die ureigenen Belange der Ärzteschaft betreffen. In der Kernaussage ist das eine der wichtigsten Neuerungen im neuen Heilberufekammergesetz. Es ist ein Zeichen für die vertrauensvolle und faire Zusammenarbeit. Die gerechte Aufgabenverteilung hat aus meiner Sicht Vorbildcharakter.

BÄ: Frau Kolat, Herr Dr. Jonitz, die gesetzliche Grundlage ist das eine. Was ist Ihnen jeweils in der Zusammenarbeit mit der Körperschaft bzw. der Aufsichtsbehörde wichtig?

Kolat: Mir ist wichtig, nicht nur die aktuellen Fragen miteinander zu klären, sondern auch einen guten Austausch in Zukunftsfragen zu haben. Um die Gesundheitsversorgung für die Berlinerinnen und Berliner voranzubringen, sind die Kammern wichtige Partner für mich.

Jonitz: Das deckt sich mit dem Staatsverständnis des Kammervorstandes. Die Zeiten, in denen jeder einzeln vor sich hinarbeitet, sind vorbei. Wir brauchen eine menschliche und fachlich kompetente Führung des Gesundheitswesens, das ist in Berlin die Senatorin. Gleichzeitig sind wir als Kammer dafür da, die Patientenversorgung aus Sicht der Ärzteschaft bestmöglich voranzubringen. Nur gemeinsam können wir die Herausforderungen der Versorgung bewältigen.

BÄ: Wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Interview führten Sonja Barth und Sascha Rudat.

Überdiagnosen durch Krebsfrüherkennung: Ein komplexes, oft unterschätztes Problem



Von Stefan Sauerland und Anne Rummer im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM – www.ebm-netzwerk.de)

Wenn ein Patient bei einer Früherkennungsuntersuchung eine Krebsdiagnose erhält, ist er zuerst erschüttert, aber tröstet sich meist mit dem Gedanken, dass es besser war, den Krebs jetzt in noch frühem Stadium als später in einem fortgeschrittenen Stadium erkannt zu haben. Auch aus ärztlicher Sicht ist es meist berechtigt, aufgrund der früheren Diagnose eine weniger invasive Behandlung und eine bessere Prognose zu erwarten. Daher neigt man dazu, solche Verläufe in jedem Fall als Erfolg der Früherkennung zu werten. Dennoch kann eine solche Sichtweise zu gefährlichen Trugschlüssen in der Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen führen.

Denn selbst wenn eine Krebserkrankung im Rahmen der Früherkennung korrekt festgestellt und danach offensichtlich „erfolgreich“ behandelt wird, kann es passieren, dass der Patient später – also noch bevor Symptome aufgetreten wären – an einer ganz anderen Erkrankung verstirbt. Manche Formen von Krebs wachsen sogar so langsam, dass der Krebs auch bei Erreichen eines hohen Alters nicht zu Symptomen führt. In diesen Fällen verursacht die Früherkennung eine belastende Diagnose und eine nebenwirkungsreiche Therapie, auf die der Patient ohne Früherkennung vollständig und vor allem ohne jeden Nachteil hätte verzichten können. Ein solcher Fall wird als Überdiagnose bezeichnet. Eine Überdiagnose ist definiert als die Diagnose einer Erkrankung, die ohne Früherkennungsuntersuchung zu Lebzeiten des Patienten keine Symptome verursacht hätte und daher undiagnostiziert

geblieben wäre. In der Regel führen Überdiagnosen zu einer Behandlung, die unter diesen Bedingungen als Übertherapie bezeichnet wird. Nicht verwechselt werden dürfen Überdiagnosen mit Falschdiagnosen, also falsch-positiven Befunden.

Medizinisch erklären lässt sich das Auftreten von Überdiagnosen meist dadurch, dass es Krebserkrankungen gibt, die nur sehr langsam progredient sind oder sich gar spontan zurückbilden. Und je sensitiver eine Diagnostik ist, umso mehr werden solche eher wenig bedrohlichen Krebsformen entdeckt. Das Konzept der Überdiagnose ist schwer greifbar, weil es zum Zeitpunkt einer Früherkennungsuntersuchung kaum vorhersehbar ist, ob ein möglicher Tumor progredient sein wird, und ob der Patient lang genug leben wird, um die Vorteile einer frühen Behandlung eines progredienten Tumors nutzen zu können. Dennoch ist es erforderlich, die Wahrscheinlichkeit von Überdiagnosen zu berücksichtigen und die Patienten hierüber aufzuklären, wenn man sie zu Früherkennungsuntersuchungen berät.

Im ärztlichen Alltag sind Überdiagnosen nicht direkt beobachtbar, weil im Einzelfall nie feststellbar ist, ob ein Patient ohne die Früherkennung lange genug gelebt hätte, bis dass die Erkrankung symptomatisch geworden wäre. Weil aber Überdiagnosen nicht direkt beobachtbar sind, wird ihre Bedeutung im ärztlichen Denken meist deutlich unterschätzt. Manchmal fällt erst viele Jahre nach Einführung einer Früherkennungsuntersuchung anhand von Krebsregisterdaten auf, dass sich

die Anzahl der Krebsdiagnosen in einem Land vervielfacht hat, dass aber die Krebssterblichkeit nahezu unverändert ist. So hat sich beispielsweise nach Verfügbarkeit von Früherkennungsuntersuchungen binnen weniger Jahre in Südkorea die altersstandardisierte Häufigkeit von Schilddrüsenkrebs bei Frauen vervierfacht, ohne dass es externe Gründe (z. B. Strahlenexposition) gibt, die diesen Anstieg erklären können [1]. Auch die Mortalität aufgrund von Schilddrüsenkrebs veränderte sich nicht. Das Argument, dass ein Krebs in der Bevölkerung häufiger auftritt, taugt daher oft wenig, um Krebsfrüherkennung zu begründen. Eine rasch steigende Krebsinzidenz spricht daher manchmal eher gegen als für Früherkennungsuntersuchungen.

Auch in randomisiert kontrollierten Studien lässt sich bei geeigneter Studiendauer erfassen, wie viele der richtig-positiven Befunde in einer Früherkennung tatsächlich Überdiagnosen sind. Wenn die Früherkennung im Interventionsarm 100 Krebserkrankungen findet, dann müssten auch im Vergleichsarm ohne Früherkennung etwa 100 Krebserkrankungen auftreten, sofern man den Vergleichsarm lange genug nachbeobachtet. Es gibt aber viele Beispiele, in denen ohne Früherkennungsuntersuchung weniger Krebsfälle auftreten, obwohl man die Studienpopulation mehrere Jahre nachverfolgt hat. Aus der Differenz zwischen den Studienarmen lässt sich der Anteil der Überdiagnosen an allen Diagnosen errechnen.

In der Diskussion um Früherkennungsuntersuchungen haben die Überdiagnosen in der letzten Zeit erheblich mehr Aufmerksamkeit erhalten. Kritiker warnen davor, durch immer mehr und immer feinere Diagnostik immer mehr

Tabelle: Geschätzter Anteil von Überdiagnosen in der Krebsfrüherkennung (Die Prozentangaben beziehen sich im Nenner auf die Zahl der zusätzlichen, durch Früherkennung gefundenen Fälle, und nicht auf die Zahl aller neu diagnostizierten Erkrankungsfälle.)

Krebserkrankung	Früherkennungsuntersuchung	Anteil Überdiagnosen	Quelle(n)
Neuroblastom	Urintest auf Vanillinmandelsäure (bei Kleinkindern)	50 % bis 90 %	Schilling 2002 [2], Woods 2002 [3], Hiyama 2008 [4]
Mammakarzinom	Mammografie	15 % bis 20 %	Independent UK Panel on Breast Cancer Screening [5]
Prostatakarzinom	PSA-Serumspiegel	30 % bis 40 %	Schröder 2014 [6]; Kilpeläinen 2013 [7]
Schilddrüsenkarzinom	Sonografie	50 % bis 70 %	Vaccarella 2016 [1]
Lungenkarzinom	Computertomografie (bei Rauchern)	ca. 20 %	Patz 2014 [8]

Überdiagnosen zu produzieren. Wie in der Tabelle dargestellt, ist der Anteil der Überdiagnosen an allen durch Früherkennung erreichten Krebsdiagnosen erheblich. Die Schätzungen sind jedoch oft variabel. Dies liegt daran, dass die Berechnungen teilweise unsicher sind (z. T. Modellierung anhand nicht randomisierter Studien) und stark von der genauen Ausgestaltung eines Früherkennungsprogramms (z. B. Altersgruppe) beeinflusst werden.

Für die ärztliche Praxis ergibt sich als Fazit, dass Überdiagnose und Übertherapie als wichtige Nachteile von Früherkennungsuntersuchungen mitbedacht und mit dem Patienten besprochen werden müssen. In manchen Fällen wird das Problem der möglichen Überdiagnose die feine Balance zwi-

schen Vor- und Nachteilen der Krebsfrüherkennung zum Kippen bringen, sodass eine Früherkennungsuntersuchung nicht mehr sinnvoll erscheint.

Korrespondenz:
 PD Dr. med. Stefan Sauerland
 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
 Im Mediapark 8
 D-50670 Köln
 Tel.: 0221 / 356 85 – 359
 E-Mail: stefan.sauerland@iqwig.de

Literatur:

1. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, Wild CP, Plummer M, Dal Maso L. Worldwide thyroid-cancer epidemic? The increasing impact of overdiagnosis. *N Engl J Med* 2016; 375(7): 614-617.
2. Schilling FH, Spix C, Berthold F, Erttmann R, Fehse N, Hero B et al. Neuroblastoma screening at one year of age. *N Engl J Med* 2002; 346(14): 1047-1053.
3. Woods WG, Gao RN, Shuster JJ, Robison LL, Bernstein M, Weitzman S et al. Screening of in-

fants and mortality due to neuroblastoma. *N Engl J Med* 2002; 346(14): 1041-1046.

4. Hiyama E, Iehara T, Sugimoto T, Fukuzawa M, Hayashi Y, Sasaki F et al. Effectiveness of screening for neuroblastoma at 6 months of age: a retrospective population-based cohort study. *Lancet* 2008; 371(9619): 1173-1180.
5. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer* 2013; 108(11): 2205-2240.
6. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet* 2014; 384(9959): 2027-2035.
7. Kilpeläinen TP, Tammela TL, Malila N, Hakama M, Santti H, Maattanen L et al. Prostate cancer mortality in the Finnish randomized screening trial. *J Natl Cancer Inst* 2013; 105(10): 719-725.
8. Patz EF, Jr., Pinsky P, Gatsonis C, Sicks JD, Kramer BS, Tammemagi MC et al. Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA Intern Med* 2014; 174(2): 269-

Prävention des postoperativen Delirs im Ev. Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge

Akute Verwirrheitszustände (Delirien) sind die häufigste Komplikation der Demenzerkrankung im Allgemeinkrankenhaus und gehören zu den häufigsten psychiatrischen Symptombildern im Allgemeinkrankenhaus. Bei mehr als 10 % der über 65-jährigen, die wegen einer somatischen Erkrankung stationär behandelt werden, wird zusätzlich ein Delir diagnostiziert. Zudem entwickeln während des Krankenhausaufenthaltes etwa 15 % ein Delir (Bickel et al. 2008). Insbesondere postoperativ, in Abhängigkeit von der Operation, entwickeln zwischen 20 und 60 % der über 70-jährigen Patienten im Allgemeinkrankenhaus ein Delir (Fong et al. 2009).

Von Torsten Kratz und Albert Diefenbacher

Was ist ein Delir?

Unter einem Delir versteht man alle akuten psychischen Störungen, die eine organische Ursache haben und mit einer Bewusstseinsstörung und kognitiven Defiziten einhergehen. Es geht also hier nicht um das alkoholentzugsbedingte Delir. Kernsymptome sind dabei die Bewusstseinsstörung und die Störung der Aufmerksamkeit. Zusätzlich bestehen kognitive Einschränkungen, z. B. des Gedächtnisses und der Orientierung, verbunden mit optischen Wahrnehmungsstörungen, wie Illusionen und Halluzinationen, aber auch affektive Auffälligkeiten. Auch liegt eine Störung der Psychomotorik mit den Polen hyperaktives Delir bzw. hypoaktives Delir vor.

In der Vergangenheit war häufig gelebte Praxis somatischer Abteilungen, das postoperative Delir als schicksalhaft zu verstehen („Durchgangssyndrom“) und allenfalls anlässlich eines hyperaktiven Delirs ein psychiatrisches Konsil zu veranlassen, mit der Bitte um Übernahme des Patienten „auf eine geschlossene Station“ (Diefenbacher 2015). Da das Delir jedoch eine multifaktorielle Genese hat, sind präventive Maßnahmen die wichtigste Therapiemöglichkeit zur Behandlung des Delirs.

Zu diesem Thema wurden in Nordamerika, in den vergangenen Jahren jedoch auch in Deutschland vielversprechende Modellprojekte (Gurlit et al. 2013) durchgeführt, die belegen können, dass unterschiedliche Interventionen das

Risiko des Auftretens eines postoperativen Delirs auf somatischen Stationen reduzieren können. Wichtig ist dabei, dass es vordergründig nicht darum geht, dem Patienten ein Psychopharmakon zu verordnen, sondern im Mittelpunkt stehen Kompensation und Reduktion von Risikofaktoren und eine frühzeitige, einfache pflegerische Intervention zur (kognitiven) Aktivierung des Patienten vor und nach der Operation.

Im Mittelpunkt der Behandlung des postoperativen Delirs steht also die Diagnostik und suffiziente Behandlung der zugrundeliegenden somatischen Ursache(n) (AGS 2014, Savaskan und Hasemann 2017). Im Evangelischen Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge im Bezirk Lichtenberg zeigte sich

noch vor einigen Jahren bei ca. 20 % der Patienten jenseits des 70. Lebensjahres, insbesondere bei solchen Patienten, die bereits an kognitiven Defiziten oder einer Demenz litten, ein postoperatives Delir. Da sich dieses Krankenhaus seit vielen Jahren mit der Idee des demenzsensiblen Krankenhauses beschäftigt und zahlreiche Projekte zur Verbesserung älterer hochbetagter und an Demenz erkrankter Patienten, wie z. B. die Einführung eines demenzsensiblen Essens (Schlauß et al. 2012) etabliert hat, war es uns ein Anliegen, Maßnahmen einzuleiten, die zu einer Reduktion der Häufigkeit postoperativen Delirien führen.

Modellprojekte im In- und Ausland waren uns Vorbild und Anregung, z. B. das Screening von kognitiven Defiziten im St. Franziskus Hospital in Münster oder das Hospital Elder Life Program (HELP), ein kanadisches Programm zur Delirprävention (Strijbos et al. 2013), welches Anregung für unsere eigene Intervention wurde. Dabei stand erstmalig die Kompensation und Reduktion von Risikofaktoren vor und nach einer Operation durch frühzeitige einfache pflegerische Maßnahmen zur kognitiven Aktivierung des Patienten im Vordergrund. Daher ist nach diesem Ansatz die Aufdeckung eines erhöhten Delirrisikos der erste Schritt.

Somatische Risikofaktoren, wie das Vorliegen eines Harnwegsinfektes werden präoperativ behandelt. Es erfolgt eine Optimierung der Medikation (insbesondere eine Reduktion der anticholinergen Medikation), eine Verringerung der Polypharmazie und eine Reduktion anticholinerg wirksamer Arzneimittel, wobei eine Orientierung an der PRISCUS-Liste (Holt et al. 2010) hilfreich sein kann. Narkosetechnik und Medikation werden präoperativ optimiert und eine standardisierte perioperative Begleitung umgesetzt.

Pflegerische Maßnahmen implementieren

Wichtig ist, dass neben dem Screening solcher Risikofaktoren pflegerische

Maßnahmen zur Vorbeugung des postoperativen Delirs implementiert werden. Das Evangelische Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge hat in einer Versorgungsforschungsstudie alle über 70-jährigen Patienten auf zwei vergleichbaren chirurgischen Stationen auf das Vorliegen eines subklinisch vorhandenen Delirs und/oder einer kognitiven Störung (z. B. einer Demenz) untersucht. Diese Patienten wurden als Risikopatienten gekennzeichnet. Die Durchführung dieses Screenings erfolgte durch einen in der Gerontopsychiatrie erfahrenen Pfleger, der gleichzeitig Diplom-Gerontologe ist, den wir analog zu den gängigen Bezeichnungen der Wundschwester (Chirurgie) oder Diabetesschwester (Diabetologie) als Delirpfleger bezeichnen.

Vor der Operation konnten bei den Risikopatienten auslösende Faktoren für ein postoperatives Delir minimiert werden. Für die Risikopatienten erfolgte eine intensiv gebündelte und strukturierte Versorgung durch den Delirpfleger. Postoperativ führte der Delirpfleger einfache pflegerische Maßnahmen, wie Frühmobilisation, Verbesserung der Sensorik, Verbesserung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, nicht-medikamentöse Schlafverbesserung, kognitive Aktivierung und Validation durch. Validation ist ein therapeutisches Verfahren im Umgang mit Demenzerkrankten, in welchem die innere Gefühlswelt des Demenzerkrankten (z. B. Angst einer 83-Jährigen, ein Kind geboren zu haben und dies nicht versorgen zu können) bestätigt wird. Dies führt kurzfristig zu Vertrauen und Sicherheit, die genutzt werden, die Patientin von sie belastenden Inhalten ab- und umzulenken. Folge sind Stärkung der emotionalen Gefühlswelt, Steigerung des Selbstwertgefühls und Verringerung von Verhaltensstörungen.

Durch diese Maßnahmen konnte erreicht werden, dass im Evangelischen Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge das postoperative Delir von vormals über 20 % auf ca. 5 % gesenkt werden konnte (Kratz et al. 2015). Ein erfreulicher Nebeneffekt war auch,

dass das Pflegeteam der chirurgischen Stationen nach und nach durch das „Rollenmodell“ des Delirpflegers den Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten und deren Bedürfnissen erlernte.

Insbesondere das Pflegepersonal der somatischen Stationen wurde durch die Tätigkeit des Delirpflegers im Screening von Risikofaktoren geschult und erlernte einfache Methoden und Werkzeuge zur Delirprophylaxe. Hierzu wurde für die Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit der Abteilung für Gerontopsychiatrie des Evangelischen Krankenhauses in Bielefeld, eine weitere Klink im Verbund der von Bodelschwingschen Stiftungen, eine Delir Pocket Card (KEH 2016) entwickelt, die eine komprimierte Übersicht für die Kitteltasche zum Erlernen und Behandeln von Verwirrheitszuständen (Delirien) für alle Mitarbeiter des Krankenhauses darstellt. Somit hatte der Delirpfleger nicht nur seine konkrete Tätigkeit in der Delirprophylaxe, sondern er schulte gleichzeitig das multiprofessionelle Team der chirurgischen Stationen im Sinne eines Lernens am Modell. Neben der Reduktion des postoperativen Delirs kam es in der Folge auch zur Reduktion von 1:1-Betreuung und Sitzwachen. Die Delirprävention ist also nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus ökonomischer Sicht sinnvoll (Kratz und Diefenbacher 2017).

Da durch das Projekt der Delirprävention eine merkliche Reduktion der post-

operativen Delirien im Krankenhaus erzielt werden konnte, hat das Evangelische Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge beschlossen, die Delirprävention auch auf internistischen und neurologischen Stationen des Krankenhauses einzuführen. Der Delirpfleger leitet nunmehr ein Delir-Demenz-Management am Krankenhaus, das sich die Aufgabe gestellt hat, alle älteren und kognitiv eingeschränkten Menschen im Krankenhaus durch geeignete Maßnahmen vor dem Auftreten eines Delirs zu schützen und eine demenzsensible Pflege zu etablieren.

In Zusammenarbeit mit dem Evangelischen Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge, der AOK-Nordost und dem Diakonieverein Zehlendorf, führt unser Krankenhaus einen Ausbildungskurs (für Pflegende, auch anderer Krankenhäuser) durch, zum Erlernen des **Delir-Demenz-Managements** und zur Etablierung solcher Projekte auch in anderen Krankenhäusern. Das Evangelische Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge ist mit diesen Projekten dem Ziel eines demenzsensiblen Krankenhauses, besonders mit dem Fokus der Versorgung älterer und kognitiv eingeschränkter Patienten unter Berücksichtigung der Besonderheiten dieser Patientengruppe näher gekommen. Dennoch sind weitere Anstrengungen notwendig, um die Idee des demenzsensiblen Krankenhauses weiter und insbesondere auch in den somatischen Abteilungen und in der Notaufnahme

Die Versorgungsforschungsstudie

Im Jahre 2015 wurde die Studie publiziert und erhielt den Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) für das Projekt „Etablierung eines Clinical Pathway durch Delirpflege im Rahmen der Prävention und Behandlung älterer Patienten mit Delir auf chirurgischen Stationen im Allgemeinkrankenhaus – Eine Versorgungsstudie zur Liaisonpflege“ und wurde zudem durch die Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Projektes „Das Akutkrankenhaus als „window of opportunity“ für nachhaltige Demenzbehandlung“ ausgezeichnet und mit einem Preisgeld zur Fortführung der Versorgungsforschung bedacht. Im Jahr 2016 erhielt die Arbeit eine Auszeichnung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit.

voranzubringen. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Prävention und (nichtmedikamentöse) Behandlung von Verhaltensstörungen (Kratz 2017), die oft dann auftreten, wenn sich Patienten mit der „Nebendiagnose Demenz“ wegen schwerer somatischer Erkrankungen z.B. auf internistischen Stationen befinden.

Die bisherigen Anstrengungen haben auch zu einer deutlichen Reduktion gerontopsychiatrischer Konsultationsanforderungen sowie zu einer Verbesserung der Kooperation zwischen psychiatri-

scher und chirurgischen Abteilung geführt, zumal durch die 2011 erfolgte Einrichtung einer geriatrischen Abteilung am KEH das Spektrum alterssensibler Krankenhausbehandlung zusätzlich ergänzt werden konnte.

Abschließend möchten wir daraufhinweisen, dass es in Berlin in den vergangenen Jahren zu einer erfreulichen Zunahme an Initiativen und Projekten zur Verbesserung der Versorgung von hochbetagten Menschen gekommen ist. Neben der Initiative des Berliner Senats 80+, die sich nicht zuletzt der

Situation von Senioren in Notaufnahmen angenommen hat, möchten wir auf die umfassende Forschung an der Berliner Charité hinweisen, über die Wolf und Spies in einem Leserbrief in der August-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE berichtet haben.

Verfasser:

Prof. Dr. med. Torsten Kratz
Prof. Dr. med. Albert Diefenbacher, MBA
Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
des Evangelischen Krankenhauses
Königin-Elisabeth Herzberge in Berlin

Das Leid mit den Leitlinien

Tagung von Transparency International, MEZIS und Leitlinienwatch in der Ärztekammer Berlin zu Interessenkonflikten bei der Erstellung medizinischer Handlungsempfehlungen

Von Adelheid Müller-Lissner

Eine Koalition gegen Korruption zu bilden: Das ist der erklärte Auftrag von Transparency International e.V. Deutschland. Da schockiert es schon ein wenig, wenn der Verein – zusammen mit MEZIS („Mein Essen zahl ich selbst“), leitlinienwatch.de und der Ärztekammer Berlin – zu einer Veranstaltung über medizinische Leitlinien einlädt. Stehen jetzt ausgerechnet die Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, die doch als Richtschnur der modernen evidenzbasierten Diagnostik und Therapie gelten, unter Korruptionsverdacht?

„Wir reden heute gar nicht über Korruption“, versicherte der Arzt und Politiker Dr. med. Wolfgang Wodarg, Vorstandsmitglied des Vereins, gleich zu Beginn der Veranstaltung „Medizinische Leitlinien – Qualität und Unabhängigkeit sichern!“ am 1. Juli in den Räumen der Ärztekammer Berlin. Der Verein kümme-

re sich ganz generell um gesellschaftliche Bereiche, in denen Normen gesetzt werden, so beschrieb Wodarg die Aufgabenstellung von Transparency International. Und das immer mit der Frage, ob diese Bereiche so strukturiert sind, dass sie integer funktionieren können.

Das Erstellen von Leitlinien ist das erste Beispiel aus dem Gesundheitssystem, dem sich der Verein gewidmet hat. Die Arbeitsgruppe Gesundheit von Transparency Deutschland hat im Juni 2016 unter Federführung des Schmerzforschers Prof. Dr. med. Christoph Stein, Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am Campus Benjamin Franklin der Charité, ein Papier zur „Normsetzung im Gesundheitswesen – Erarbeitung und Qualität vom Medizinischen Leitlinien“ veröffentlicht.

Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass Missstände in mehreren Bereichen die Transparenz und Unabhängigkeit von Leitlinien bedrohen: Zunächst fehle in Deutschland – anders als in Ländern mit staatlichen Leitlinien-Programmen – in den meisten Fällen eine öffentliche Finanzierung der Projekte. Da medizinische Fachgesellschaften die Aufgabe nach dem Subsidiaritätsprinzip übernehmen und die Autoren ehrenamtlich tätig sind, komme es leicht zur Abhängigkeit von pharmazeutischen Firmen – die schon einen großen Teil der wissenschaftlichen Untersuchungen zu den Medikamenten finanziert haben, um die es in den Leitlinien geht. Dafür fehle heute in der Ärzteschaft jedoch fast durchgehend das Problembewusstsein, beklagte Stein. „95 Prozent der Ärzte und der Studierenden haben sich nie die Frage gestellt, woher das Geld für eine Studie kommt.“

Die Arbeitsgruppe Gesundheit fordert daher, dass öffentliche Gelder für das Erstellen von Leitlinien bereitgestellt werden, dass sie grundsätzlich evidenzbasiert sein müssen, nicht zuletzt aber auch, dass gesetzliche Bestimmungen zu Methodik, Transparenz und zur Qualifikation der Autoren eingeführt werden.

Vorsicht vor dem Bias

In den vergangenen Jahren habe es bereits eine große Dynamik gegeben, was die Qualität der deutschen medizinischen Leitlinien betrifft, berichtete Prof. Dr. med. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Ganz entscheidend: das Regelwerk der AWMF, das vier Kernkriterien für qualitativ hochwertige Leitlinien enthält: Selbstverständlich ist auch für die AWMF maßgeblich, dass systematisch nach Literatur gesucht wurde und die Leitlinien den EbM-Ansprüchen genügen. Daneben ist aber auch die Repräsentativität des Gremiums wichtig, das Leitlinien erstellt, die strukturierte Form, in der die Teilnehmer zum Konsens finden, und nicht zuletzt die Transparenz hinsichtlich möglicher Interessenkonflikte. Dazu gibt es inzwischen auch ein Manual, das dabei hilft, Bias-Risiken zu bewerten.

„Interessenkonflikte sind definiert als Gegebenheiten, die ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welches sich auf ein primäres Interesse bezieht, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst wird.“ In einem Papier aus dem Jahr 2010 hat sich die AWMF an eine Definition angelehnt, die einem Report des Institute of Medicine der USA aus dem Jahr 2009 entstammt. Es handelt sich um eine Weiterentwicklung der Definition von Dennis Thompson, die schon 1993 im New England Journal of Medicine zu lesen war. Die Definition enthält vier wesentliche Elemente: professionelles Urteilsvermögen, primäres und sekundäres Interesse sowie unangemessene Beeinflussung. Nach diesem Verständnis ist ein Interessenkonflikt zunächst einmal nur ein Zustand, in dem sich ein Mensch befinden kann. Wie er oder sie in diesem Zustand urteilt, bewertet oder handelt, ist eine andere Frage.

Eine Frage, die Prof. Dr. med. Thomas Lempert seit Jahren umtreibt. „Ich bin auf Leitlinien angewiesen, habe aber nicht mehr das volle Vertrauen in ihre

Unabhängigkeit.“ Der Chefarzt der Neurologie in der Berliner Schlosspark-Klinik wurde deshalb zu einem der Initiatoren von „Leitlinienwatch“. Das Internetportal wurde geschaffen, nachdem ein Appell der Initiative NeurologyFirst für unabhängige Leitlinien im Jahr 2015 spontan mehr als 1.500 Unterzeichner gefunden hatte. „Damit das nicht verpufft, haben wir das Portal geschaffen.“ In dem Appell war unter anderem gefordert worden, dass keiner der Autoren von Leitlinien Interessenkonflikte haben dürfe. Für eine Zwischenzeit solle eine 50-Prozent-Regel gelten, die federführenden Autoren sollten aber auf jeden Fall unabhängig sein, außerdem sollte bei Abstimmungen die Enthaltungsregel für Beteiligte mit Interessenkonflikten gelten.

„Nun schauen wir nach den getroffenen Vorkehrungen“, berichtete Lempert. Auf www.leitlinienwatch.de sind Bewertungen zu sehen, die wohlgerne nicht den fachlichen Inhalt der Leitlinien, sondern die Qualität dieser Vorkehrungen betreffen: Wie die Gremien zusammengesetzt sind, ob Interessenkonflikte offengelegt und angemessen bewertet werden, ob die Koordinatoren unabhängig sind. Die zehn Bewerter, acht Ärzte und zwei studentische Hilfskräfte, stufte bisher nur zehn Prozent der Leitlinien, die sie unter die Lupe nahmen, als im grünen Bereich liegend ein. „Die Offenlegung klappt gut, aber es gibt einen hohen Anteil an Interessenkonflikten und die Enthaltungspraxis ist bisher unzureichend“, resümierte Lempert auf der Veranstaltung. In der Diskussion wurde allerdings deutlich, dass die neueren S3-Leitlinien noch nicht bewertet wurden. Und es wurde angeregt, auch hinsichtlich der Geldmengen, die die Experten entgegengenommen haben, Kategorien zu bilden. Die AWMF werde das in Kürze abfragen, versicherte Kopp.

Wird das Procedere dadurch nicht (noch) bürokratischer? Und warum ist das nötig? „Interessenkonflikte sind wichtig – aber der eigentliche Feind heißt Bias“, so lautete der Vortrag von Prof. Dr. med. David Klemperer, Hochschullehrer an der Ostbayerischen Technischen Hochschule

Regensburg, aktiv bei Transparency International, bei der AWMF und im Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin. Dass die Tätigkeit für Pharmafirmen solche Verzerrungen bei der Interpretation von Studiendaten begünstigt, belegte er anhand der Rosiglitazon-Kontroverse. Eine im BMJ erschienene Auswertung hatte im Jahr 2010 ergeben, dass 94 Prozent der Diabetologen, die das Infarktrisiko unter der Einnahme des Mittels als gering einstufen und seine Anwendung befürworteten, Interessenkonflikte hatten, von den Kollegen, die zur Vorsicht mahnten, aber nur 28 Prozent. Klemperer verwies auf die strengen Kriterien für Befangenheit, die vor Gericht herrschen, auf die soziale Regel der Reziprozität, die auch kritische Wissenschaftler unbewusst zu Gegengaben veranlassen könne, und auf die psychologisch erforschte Neigung des Menschen, sich über die eigene Resistenz zu täuschen. Auch bei der Selbstevaluation der eigenen Bias-Gefährdung gebe es folglich einen Bias.

Bei Leitlinienwatch gilt deshalb die strenge Devise, dass Beraterverträge zu relevanten Medikamenten stets einen schweren Interessenkonflikt darstellen. „Wir müssen andere Leute in die Leitlinien-Erstellung hineinbringen“, forderte Lempert. Leider halte der „Mythos vom unverzichtbaren Experten“ sich hartnäckig.

In einigen Situationen würden die kritisierten „Good Old Boys-Leitlinien“ allerdings auch gebraucht, weil es schnell gehen müsse, gab Kopp zu bedenken. Sie nannte als Beispiel den EHEC-Ausbruch von 2011.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

In memoriam Tilo Schramm

Professor Dr. rer. nat. habil. Tilo Schramm wurde am 29.11.1932 in Alt Weida, bei Riesa geboren, am 5.6.2017 ist er in Berlin-Pankow gestorben. Nach den Wirren der Kriegs- und Nachkriegszeit machte er sein Abitur an der Max-Planck-Oberschule in Riesa und schloss 1956 ein Studium der Biologie mit dem Diplom an der Universität zu Leipzig ab.

Seine wissenschaftliche Laufbahn begann er 1957 in Berlin-Buch am Institut für Experimentelle Krebsforschung der Akademie der Wissenschaften, unter der Leitung von Prof. Dr. Arnold Graffi. Tilo Schramm hatte wesentlichen Anteil an den Arbeiten zur Entdeckung und Charakterisierung des Leukämievirus der Maus (Graffi-Virus). Mit Ergebnissen dieser Arbeiten habilitierte er sich 1968 an der Humboldt-Universität zu Berlin. 1973 wurde er von der Akademie der Wissenschaften der DDR zum Professor ernannt.

In der Wissenschaft wirkte er nachhaltig als Autor und Mitautor einer Anzahl von Büchern und Handbüchern sowie von über 200 Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften. Er war Mitautor des international bedeutsamen Lehrbuches „Handbuch der Experimentellen Pharmakologie“, Teil 12, das 1966 im Springer-Verlag erschien. In diesem Lehrbuch wurde erstmalig die Tumorentstehung durch chemische Substanzen und Viren von H. Bielka, D. Bierwolf, A. Graffi und T. Schramm zusammenfassend dargestellt.

Bei seinem Arbeitsthema als Leiter des „Bereich Kanzerogenese“ im Zentralinstitut für Krebsforschung (ZIK) der Akademie der Wissenschaften der DDR stand die Krebsentstehung durch chemische Stoffe im Mittelpunkt.

B. Teichmann, T. Schramm und M. Teichmann verfassten eine Zusammenstellung von „Substanzen mit kanzerogener Wirkung“. Sie erschien in mehreren Auflagen, auch in russischer

Sprache. Zielstellung dieser Publikation war es, mögliche Gefahren beim Umgang mit kanzerogenen Substanzen in der Umwelt und in der Arbeitswelt aufzuzeigen. Tilo Schramm war als ein international anerkannter Toxikologe und Experte für Kanzerogene und Berufskrebs bei der World Health Organisation (WHO) in Genf und in Lyon tätig.

Frühzeitig hat er sich Verdienste erworben, wissenschaftliche Erkenntnisse in populärwissenschaftlichen Vorträgen innerhalb der URANIA, einem breiten Publikum vorzustellen. Bei seinen vielen Vorträgen in Schulen hat er auch auf die Schädlichkeit des Rauchens hingewiesen. 1969 erschien sein Buch: „Krebs – Wachstum wider das Leben“ im Urania-Verlag Leipzig. Es folgten weitere Ausgaben in hohen Auflagen, auch im Ausland. Er verband seine Forschungen mit einem enormen Engagement, wissenschaftliche Erkenntnisse allgemein verständlich darzustellen. 1986 erhielt Tilo Schramm für sein aktives Wirken bei der Verbreitung wissenschaftlicher Kenntnisse die goldene Ehrennadel der URANIA.

Er war, bis die Publikation dieser Fachzeitschrift 1992 eingestellt wurde, verantwortlicher Redakteur des „Archiv für Geschwulstforschung“. Für seine rastlose Tätigkeit wurde er vielfach mit hohen Auszeichnungen geehrt, u. a. mit der Hufeland-Medaille und dem Rudolf-Virchow-Preis.



Foto: privat

Hinter seiner wissenschaftlichen Arbeit, stand der Mensch Tilo Schramm, der mit seiner Bescheidenheit, Zielstrebigkeit und Zuverlässigkeit von seinen Mitarbeitern geschätzt und geachtet wurde. Das hielt auch nach seinem Ausscheiden aus der aktiven Arbeitswelt an, indem viele seiner ehemaligen Kollegen mit ihm freundschaftlich verbunden blieben.

Dr. Christian Nowak,
Dr. Erhard Bender,
Dr. Volkmar Wünsch