

BERLINER ÄRZTE

11/2017 54. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Weiterbildung in Berlin



Ärzte arbeiten für Ärzte



Foto: K. Friedrich

Ass. jur. Michael Hahn
ist Geschäftsführer der
Ärztekammer Berlin

Sehr geehrte Kammermitglieder, stellen Sie sich eine Uhr vor, beispielsweise eine Armbanduhr. Hochwertig verarbeitet, gut poliert und mit einem ledernen Armband versehen. Und nun denken Sie an das Innere der Uhr, an das Uhrwerk. Das Uhrwerk ist das Herz einer jeden Uhr und meint den gesamten Mechanismus, der dafür sorgt, dass diese stets die richtige Zeit anzeigt. Bei einer rein mechanischen Uhr besteht es u.a. aus einem Antrieb, einem Räderwerk, der sogenannten Hemmung und dem Gangregler. Damit die Uhr funktioniert sorgt der Antrieb für Energie, die mithilfe des Räderwerks übertragen wird. Letzteres besteht aus verschiedensten Zahnrädern, die die Drehzahl erhöhen und damit der Kraftreduzierung dienen, während die Hemmung die Verbindung zwischen dem Räderwerk und dem Gangregler herstellt und so für den regelmäßigen Gang der Uhr sorgt. Ähnlich können Sie sich auch die Arbeit der Ärztekammer Berlin vorstellen: ein Uhrwerk mit unterschiedlichen, in sich verzahnten Zahnrädern, die durch das gut funktionierende Zusammenspiel von Haupt- und Ehrenamt angetrieben werden. In den kommenden Ausgaben von BERLINER ÄRZTE wollen wir Ihnen dieses Zusammenspiel vorstellen und dabei den Fokus auf Ihr ehrenamtliches Engagement in der Ärztekammer legen.

Lassen Sie mich zunächst noch ein paar Worte zur „ärztlichen Selbstverwaltung“ sagen. Als Landesärztekammer ist die Ärztekammer Berlin eine Körperschaft des öffentlichen Rechts

und Kraft der ihr vom Berliner Senat übertragenen Aufgaben eigenverantwortlich für die Wahrung der beruflichen Belange der Berliner Ärzteschaft verantwortlich. Das heißt, die Ärzteschaft kann über ihre Angelegenheiten selbst entscheiden und Themenkomplexe wie die ärztliche Fortbildung, Weiterbildung, die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten und ärztliches Berufsrecht steuern. Zudem wird mithilfe der Selbstverwaltung die notwendige Nähe zu den Mitgliedern, also zu Ihnen, hergestellt. Entscheidungen, die Sie betreffen, werden hier, von Ihnen oder Ihren Kolleginnen und Kollegen, gefällt. Das ist ein Privileg, das nur wenige Berufsgruppen haben und so beschreibt auch der Präsident Dr. med. Günther Jonitz die Ärztekammer Berlin gern als „eine Dienstleistungsorganisation mit hoheitlichem Auftrag“.

Um diesen Auftrag in Ihrem Interesse umsetzen zu können, bedarf es viel ehrenamtlichen Engagements. So arbeiten derzeit allein in den verschiedenen Gremien der Ärztekammer – dem Vorstand, der Delegiertenversammlung, in 20 Ausschüssen und vier Arbeitskreisen sowie als Beauftragte – über 400 Ärztinnen und Ärzte. Dort bereiten sie grundsätzliche politische, finanzielle und strukturelle Entscheidungen vor und überwachen die Einhaltung und

Umsetzung der ärztlichen Berufspflichten. Mehr als 1.000 Ärztinnen und Ärzte sind zudem als Prüferinnen und Prüfer aktiv.

Dieses ehrenamtliche Engagement findet regelmäßig – meist nach dem normalen ärztlichen Arbeitstag in Klinik und Praxis – in den späten Nachmittags- und Abendstunden statt. Für die Ergebnisse ist das von Vorteil: Im Zusammenspiel von Haupt- und Ehrenamt werden Ihre Angelegenheiten eben nicht nur „verwaltet“, sondern gespeist von Ihrer Expertise aus dem ärztlichen Alltag bearbeitet.

Wir laden Sie ein, hier in BERLINER ÄRZTE, in den kommenden Monaten mehr über die ehrenamtliche Arbeit Ihrer ärztlichen Selbstverwaltung zu erfahren. Sie werden sehen, das „Uhrwerk Ärztekammer Berlin“ funktioniert deshalb so gut, weil das Ehrenamt dem Hauptamt entsprechende Impulse zur Umsetzung gibt, die Letzteres aufgreift und im Sinne der Berliner Ärzteschaft in das Tagesgeschäft Ihrer ärztlichen Selbstverwaltung überträgt.

Mit herzlichem Dank für die gute Zusammenarbeit und besten Grüßen

Ihr

Ass. jur. Michael Hahn



TITELTHEMA.....14

Weiterbildung in Berlin – Quo Vadis?

Evaluation der Weiterbildung 2016
Von Katja Lais und Gabriele Sparkuhl.....15

„Manche Befugte haben noch nie die Weiterbildungsordnung komplett gelesen“
Interview mit Klaus Thierse und Catharina Döring-Wimberg.....20

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin
Von Antje Koch.....24

BERLINER ÄRZTE 01/2017

EDITORIAL.....

Ärzte arbeiten für Ärzte
Von Michael Hahn.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Das Ehrenamt – Ärzte arbeiten für Ärzte
Die Weiterbildungsausschüsse
Von Sascha Rudat.....25

Diskussionen um die sektorübergreifende Versorgung und neue DV-Wahlordnung
Bericht von der Delegiertenversammlung am 27. September 2017
Von Sascha Rudat.....36

Ärzteversorgung: Erneuter Anstieg der Renten und Anwartschaften um 0,5 %
Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 28. September 2017
Von Sascha Rudat.....38

Im Fadenkreuz der Einflüsse
Der schwere Weg des Arztes zu einer guten Verordnungsentscheidung
Von Angela Misslbeck.....42

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall
.....29

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....30

Mit Maß und Ziel
Bericht vom 6. Fortbildungskongress am 23. September 2017
Von Adelheid Müller-Lissner.....33

„Statistisch signifikant“ ist nicht genug
Kolumne des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.
Von Hans-Hermann Dubben.....40

PERSONALIEN.....

Zum Tode von Karlwilhelm Horn
.....45

FEUILLETON.....

Die Sprache des Gehirns
Naturwissenschaften treffen Geisteswissenschaften
Von Ulrike Hempel.....46

NAV-Virchow-Bund: Kammervizepräsidentin Regine Held zur stellvertretenden Landesvorsitzenden gewählt

Die Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin, Dr. Regine Held, ist zur stellvertretenden Vorsitzenden der Landesgruppe Berlin/Brandenburg des NAV-Virchow-Bundes gewählt worden.

Die HNO-Ärztin wurde am 20. September zusammen mit dem Allgemeinmediziner im Ruhestand, Dr. Jobst Meißner, in dieses Amt gewählt.

Die niedergelassene Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Christiane Wessel, wurde zur Vorsitzenden gewählt. Sie ist Vorsitzende der

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin und Mitglied der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin.

Als Beisitzer wurden Kammervorstandsmitglied Prof. Dr. Harald Mau (Ehrenvorsitzender der Landesgruppe), Dr. Iris Dötsch (Hausärztliche Internistin und Diabetologin), Dr. Heike Kunert (Hausärztin und Vorstand der Hausarztakademie Treptow-Köpenick) und Dr. Klaus Burmeister (Hausärztlicher Internist aus Brandenburg im Ruhestand) bestimmt.

Wessel, Held und Kunert vertreten zudem die Landesgruppe bei der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes als Delegierte.

Bei der Versammlung am 20. September beschloss die Landesgruppe außerdem, sich besonders für die Förderung der ambulanten Weiterbildung zu engagieren. Darüber hinaus werden die Delegierten bei der Bundeshauptversammlung einen Vorschlag zur Reform der Mediziner-ausbildung einbringen. Die Förderung der Niederlassungs-



bereitschaft junger Kolleginnen und Kollegen wird der dritte Arbeitsschwerpunkt der Landesgruppe Berlin/Brandenburg sein.

Erstmals Verleihung des Kilian-Tegethoff-Preises

Der Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg, hat am 9. Oktober zum ersten Mal den Kilian-Tegethoff-Preis verliehen. Mit diesem Preis einschließlich Ehrennadel werden Persönlichkeiten ausgezeichnet, die sich in herausragender Weise für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen von angestellten Mitarbeitern in Gesundheitsberufen in Berlin und/oder Brandenburg, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten, verdient gemacht oder sich im Besonderen für deren Interessen eingesetzt haben. Die ersten Preisträger waren PD Dr. Benno Nafz, Charité – Universitätsmedizin Berlin, und Rainer Stein, HELIOS Klinikum Berlin-Buch.



Guido Salewski (MB), Laudator Franz-Joseph Dieste, Preisträger Rainer Stein, Preisträger Benno Nafz, Laudatorin Ulrike Pohling, MB-Landesvorsitzender Peter Bobbert (v.l.)

Namensgeber des Preises ist der Berliner Arzt Kilian Tegethoff, der 2013 im Alter von 50 Jahren verstarb. Er arbeitete ab 1996 an der Charité als Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin. Als Vorkämpfer für bessere Arbeitsbedingungen und für eine bessere

Patientenversorgung engagierte er sich als MB-Mitglied in der Ärzteininitiative der Charité, war seit 2004 dort Mitglied im Personalrat und bis Ende 2010 Vorsitzender des Gesamtpersonalrates. Kilian Tegethoff war von 2008 bis 2013 Vorstandsvorsitzender des

MB-Landesverbandes. Von 2011 bis 2013 war er Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

„Kilian Tegethoffs Credo war, dass man nicht vergessen darf, wofür wir das eigentlich tun: Wir müssen die Arbeitsbedingungen, für diejenigen, die in der Medizin arbeiten, verbessern. Denn nur wenn die Arbeitsbedingungen passen, hat man selbst Freude am Beruf und kann erfolgreich zum Wohle der Medizin und des Patienten arbeiten“, sagte der MB-Landesvorsitzende PD Dr. Peter Bobbert (Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin) bei der Verleihung im Einteinsaal der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften.

Charta schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland

Hospizwoche: Ärztekammer Berlin unterzeichnet Charta-Handlungsempfehlungen



Foto: J. Wittke

Die Ärztekammer Berlin hat anlässlich der Eröffnung der 20. Berliner Hospizwoche die Handlungsempfehlungen zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen unterzeichnet. Die Unterzeichnung fand am 22. September im Beisein von Gesundheitsssenatorin Dilek Kolat, Staatssekretärin Barbara König und dem Vorsitzenden des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin, Dirk Müller, im Festsaal des Roten Rathauses statt. Weitere Unterzeichner waren die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die Charitas, die AOK Nordost und zahlreiche andere Organisationen aus dem Gesundheitswesen.

Bereits 2013 hatte die Ärztekammer Berlin die Charta selbst unterschrieben und dabei deutlich gemacht, dass sich das Maß der Humanität einer Gesellschaft daran bemisst, wie sie mit ihren Mitgliedern an deren Lebensende umgeht. „Aus diesem Grund setzt sich die Ärztekammer Berlin immer wieder für den Ausbau flächendeckender palliativmedizinischer Strukturen und für größtmögliche Patientensouveränität ein. Ärzte nehmen am Lebensende eines Menschen oft eine zentrale Rolle ein. Keine Frage – es gibt einen großen Bedarf für geriatrisches und palliativmedizinisches Fachwissen – und

zwar im stationären wie auch ambulanten Bereich“, erklärte Dr. Matthias Bloechle, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, bei der Unterzeichnung (s. Foto S. 8). Daher sei es erforderlich, Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl entsprechend zu qualifizieren. Die Ärztekammer Berlin fördere deshalb die Möglichkeiten für den Erwerb der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin.

„Die Zahl der stationär zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte in Berlin konnte in den vergangenen 18 Monaten nahezu verdoppelt werden. Aktuell sind knapp 40 Ärztinnen

und Ärzte für die Leitung der Weiterbildung in der Palliativmedizin befugt – die Hälfte davon sind stationäre Vertreter, die andere Hälfte ist im ambulanten Bereich tätig. Damit können mehr Ärzte in diesem Bereich weitergebildet werden, um den vorhandenen Mehrbedarf zu decken“, führte Blochle weiter aus.

Darüber hinaus habe die Ärztekammer Berlin bereits 2010 durch die Einführung des Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie Zeichen gesetzt. Und wir setzen uns weiterhin für die bundesweite Einführung dieses Facharztes ergänzend

zu der Zusatzbezeichnung Geriatrie ein. Abschließend erklärte Bloechle, dass die Charta ein wunderbares Beispiel dafür sei, wie sich ganz verschiedene Institutionen und Einzelpersonen gemeinsam für ein höheres gesellschaftliches Ziel einsetzen können. „Diese Initiative ist richtungsweisend.“

Die 20. Berliner Hospizwoche, die vom 22. bis 28. September 2017 stattfand, ist das wichtigste Großereignis im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zu den Themen Sterben, Tod und Trauer in Berlin. Unter dem Motto „Hospiz im Kiez“ fanden im

Rahmen der 20. Berliner Hospizwoche über 40 Veranstaltungen unterschiedlichen Formats – von Podiumsdiskussionen über Film- und Theatervorführungen, Fachvorträge, Kurse bis hin zu Tagen der offenen Tür der Hospize – statt. Mittlerweile engagieren sich annähernd 2.000 Ehrenamtliche im hospizlichen Bereich. Sie begleiten Menschen dort, wo sie leben und sterben: zu Hause, in Pflegegemeinschaften und Heimen, im Krankenhaus und im stationären Hospiz.

Alle Informationen zur Charta: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de



Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Maria Heims Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum

Der Facharzt für Neurochirurgie PD Dr. Mario Cabraja und seit 2013 Leiter der Wirbelsäulenchirurgie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum, ist ab sofort Chefarzt der neu dafür eingerichteten Klinik. Bisher war die Wirbelsäulenchirurgie ein integrierter selbstständiger Bereich der Klinik für spezielle Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie. Nun gibt es zum einen die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie unter Chefarzt Dr. Oliver Altenkirch und zum anderen die Klinik für Wirbelsäulenchirurgie unter PD Dr. Cabraja mit dem soeben verliehenen Zertifikat als Wirbelsäulenzentrum der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG).

Park-Klinik Weißensee

Seit 1. Oktober 2017 übernimmt PD. Dr. med. Axel Lipp als neuer Chefarzt die Abteilung Neurologie der Park-Klinik Weißensee. Er tritt die Nachfolge von PD Dr. med. Michael von Brevern an. PD Dr. med. Lipp wechselt von der Neurologischen Klinik der Charité – Virchow Klinikum, in der er als Oberarzt und Leiter der Hochschulambulanz Bewegungsstörungen tätig war. Mit der ausgesprochenen Expertise des neuen Chefarztes im Bereich Parkinson und Bewegungsstörungen, werden diese Schwerpunkte in der Park-Klinik Weißensee weiter ausgebaut.

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der Onkologe Prof. Dr. Lars Bullinger hat am 1. Oktober eine Professur für Hämatologie und Onkologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten. Zudem wird er Leiter der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie am Campus Virchow-Klinikum. „Mit Prof. Bullinger hat die Berliner Universitätsmedizin einen international renommierten Experten für Tumorerkrankungen gewonnen. Speziell bei der akuten myeloischen Leukämie hat er wesentliche Beiträge zur molekularen Charakterisierung und zur Entwicklung neuer, personalisierter Therapiestrategien geleistet“, sagt Prof. Dr. Axel Radlach Pries, Dekan der Charité.

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

Solidarität

Hilfe für Arztfamilien in Not

Seit über einem halben Jahrhundert kümmert sich die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um Arztfamilien die in Not geraten sind. Insbesondere Arztkinder, deren Eltern sich durch persönliche Schicksalsschläge in Notsituationen befinden, erhalten durch die Stiftung Unterstützung. Oftmals sind es ganz persönliche Einzelschicksale mit vielen Sorgen und Nöten. Insbesondere die Zahl der Halbweisen und Waisen aus Arztfamilien, die

auf eine Hilfestellung durch die Stiftung angewiesen sind, hat sich den Angaben zufolge in den letzten Jahren stark erhöht.

Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Hilfe zur Selbsthilfe sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit.

Der Hartmannbund ruft deshalb zu Spenden für seine Aktion auf.

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten! Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX

Online-Spende unter
www.aerzte-helfen-aerzten.de



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

Fortbildung

Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten Kurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ ab August 2018

Die Ärztekammer Berlin plant, ab dem 20. August 2018 einen weiteren Fortbildungskurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ („NP 2018“) nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten. Der Kurs entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung und richtet sich an hausärztlich und fachärztlich berufserfahrenes Praxispersonal.

Der Kurs kann bis zum Ende der Übergangsfrist der Delegationsvereinbarung (31.12.2018) abgeschlossen werden; daher ist die vertragsärztliche Genehmigung für den Einsatz der Praxisassistenten bereits mit Fortbildungsbeginn möglich. Weitere Informationen zu den aktuellen vertragsärztlichen Genehmigungsvoraussetzungen erhalten Sie bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Der Fortbildungskurs findet in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt. Anmeldeabschluss ist der 18. Mai 2018.

Die Anmeldeunterlagen für das neue Kursangebot „NP 2018“ finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin.

Bitte beachten Sie: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Die Registrierung der Anmeldung erfolgt in der Reihenfolge des Eingangs. Die Ärztekammer Berlin behält sich vor, die Durchführung des Fortbildungskurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen.

Gerne beraten wir Sie auch individuell unter der Telefonnummer 030/ 40 80 6 - 26 36.



Hilfsangebot

Medizinische Kinderschutzhotline: Unterstützung für Ärztinnen und Ärzte

Fragen des Kinderschutzes treten in jedem medizinischen Bereich auf. Die Evaluation des Bundeskinderschutzgesetzes, das im Jahr 2012 mit dem Ziel der Stärkung des Schutzes von Kindern und Jugendlichen verabschiedet wurde, zeigt, dass Ärztinnen und Ärzten eine wichtige Rolle im System des institutionellen Kinderschutzes zukommt. Deutlich wird aber auch, dass häufig viele Fragen und Unsicherheiten bei Kinderschutzfällen bestehen.

An diesen Bedarf richtet sich die „Medizinische Kinderschutzhotline“, die bundesweit rund um die Uhr unter der kostenfreien Nummer 0800 19 210 00 erreichbar ist. Bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen bietet die Hotline eine niedrigschwellige, praxisnahe und kollegiale Beratung „auf Augenhöhe“. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hot-

line sind speziell geschulte Mediziner mit spezifischem Fachwissen im Kinderschutz. Die Falldarstellung erfolgt anonymisiert, die Inhalte des Gespräches bleiben vertraulich.

Das Angebot soll dabei helfen, die unterschiedlichen Fachsprachen und Herangehensweisen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zusammenzuführen. Verständigungsprobleme, die zu Lücken im Kinderschutz führen können, sollen so geschlossen werden. Das Projekt wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFS-FJ) gefördert, Projektleiter ist Prof. Dr. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm.

Weitere Informationen zum Projekt finden Sie auch auf der Website:
www.kinderschutzhotline.de



Aktionsbündnis Patientensicherheit

AUSSCHREIBUNG

**DEUTSCHER PREIS FÜR
PATIENTENSICHERHEIT**

**EINSENDESCHLUSS: 15.11.2017
VERLÄNGERT: 15.11.2017**

Bewerbungen zum Deutschen Preis für Patientensicherheit

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) verleiht 2018 zum fünften Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit. Kliniken, Praxen, Pflegedienste, Apotheken, Healthcare-Anbieter, Verbände, Organisationen, Gesundheitsämter und Krankenkassen können sich noch bis zum **15. November 2017** bewerben.

Die mit insgesamt 19.500 Euro dotierte Auszeichnung prämiiert zukunftsweisende Best-Practice-Beispiele sowie evaluierte Forschungsarbeiten zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Der Preis soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse zur Verbesserung der Sicherheit in der Versorgung von Patienten und Pflegebedürftigen in die Breite gelangen – und möglichst viele Nachahmer finden. Das APS schreibt den Förderpreis zusammen mit der Aesculap AG, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD SHARP & DOHME GMBH und dem Georg Thieme Verlag, Stuttgart, aus.

Der erste Platz ist mit 10.000 Euro, der zweite mit 6.000 Euro und der dritte Platz mit 3.500 Euro dotiert. Das APS verleiht den Deutschen Preis für Patientensicherheit auf seiner nächsten Jahrestagung, die vom 3. bis 4. Mai 2018 in Berlin stattfindet. Wer Preisträger wird, entscheidet eine fachkundige Jury. Hinweise zur Bewerbung finden Sie unter:
www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit

Herzinsuffizienz-Leitlinie: Info-Paket erschienen

Zur Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz ist ein Set von Begleitmaterialien erschienen. Es kann über die Internetseiten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) kostenlos abgerufen werden.

Im August 2017 Jahr ist die aktualisierte NVL Chronische Herzinsuffizienz veröffentlicht worden. Nun stehen auch verschiedene zusätzliche Komponenten der Leitlinie zur Verfügung: HTML-Version, Kurzfassung, Foliensatz und Flyer „Was ist wichtig – Was gilt weiterhin“ ergänzen das umfangreiche Angebot an Formaten für Fachkreise und Patienten und sollen helfen, die Inhalte der Leitlinie bestmöglich in die Praxis zu übertragen.

- Kurzfassung
- Langfassung (HTML, PDF)
- Leitlinienreport
- Flyer: Was ist neu – Was gilt weiterhin
- Foliensatz

- **Patientenmaterialien (HTML, PDF):**
 - Vorsicht bei bestimmten Medikamenten
 - Soll ich mir einen ICD einsetzen lassen?
 - Batteriewechsel bei ICD – Brauche ich den ICD noch?
 - Soll ich mir einen CRT-Schrittmacher einsetzen lassen?
 - CRT-Schrittmacher mit oder ohne Defibrillator – Welches Gerät ist das richtige für mich?
- Patientenleitlinie (HTML, PDF – in Bearbeitung, erscheint 2018)
- Kurzinformation „Herzschwäche“ für Patienten in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch, Türkisch (HTML, PDF, Bestellmöglichkeit „Print on Demand“)

Hintergrund

Chronische Herzinsuffizienz ist eine der wichtigsten Volkskrankheiten in Deutschland, der häufigste Grund für Klinikeinweisungen und eine der häufigsten Todesursachen. Die NVL will dazu beitragen, die Versorgung von Patienten

mit chronischer Herzinsuffizienz zu verbessern. Hierzu gehören verlässliche Definitionen des Notwendigen und Angemessenen in Diagnostik und Therapie. Aber auch die Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen wie Ärzten, Apothekern und Pflegenden ist entscheidend, da insbesondere Patienten mit Herzinsuffizienz oft schon älter sind und an mehreren Begleiterkrankungen leiden.

An der Erstellung der 2. Auflage der NVL Chronische Herzinsuffizienz waren Vertreter von 17 Fachgesellschaften und Organisationen beteiligt. Zwischen Oktober 2015 und August 2017 wurden die Kapitel „Medikamentöse Therapie“, „Invasive Therapie“ sowie „Versorgungskoordination“ komplett überarbeitet. Im Fokus standen dabei unter anderem das neue Medikament Sacubitril/Valsartan, die Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren sowie strukturierte

Versorgungsprogramme. Um die behandelnden Ärzte in der Beratung der Patienten zu unterstützen, enthält die NVL zusätzlich Patientenmaterialien für spezifische Entscheidungs- oder Informationssituationen.

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Die Entwicklung der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) erfolgt nach den Prinzipien der evidenzbasierten Medizin. NVL werden in redaktioneller Unabhängigkeit erstellt und weder durch die pharmazeutische noch durch die medizintechnische Industrie beeinflusst.

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

Die Durchführung und Koordination obliegt dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin. www.versorgungsleitlinien.de/nvl

WEITERBILDUNG IN BERLIN



QUO VADIS?

Die Weiterbildung gehört zu den Kernaufgaben der Ärztekammer Berlin. Jeder Arzt und jede Ärztin, die in Berlin Facharzt-/ärztin werden wollen, haben Kontakt mit der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung und den ehrenamtlichen Weiterbildungsgremien. Welche Themen werden aber in Sachen Weiterbildung aktuell in der Kammer diskutiert? Wo gibt es Baustellen? Nachfolgend möchten wir einen kurzen Überblick über das Weiterbildungsgeschehen in der Ärztekammer Berlin geben.

Evaluation der Weiterbildung 2016 Ablauf, Auswertung und kritische Rückschau



Die Ärztekammer Berlin hat vom 1. September bis zum 11. Dezember 2016 eine Evaluation der Weiterbildung durchgeführt. Es war nicht die erste Befragung zur Weiterbildung. Bereits in den Jahren 2009 und 2011 gab es Evaluationen der Weiterbildung, die bundesweit als gemeinsames Projekt der Bundesärztekammer und den (Landes-)Ärzttekammern durchgeführt wurden. In den Beratungen über die Fortführung der Evaluation entschied die Bundesärztekammer 2014, diese Aufgabe dezentral in die Verantwortung der (Landes-)Ärzttekammern zu legen. 2016 erfolgte im Kammerbereich Berlin nun erstmals eine eigenverantwortliche Befragung.

Teilnehmergruppe

Alle Berliner Ärztinnen und Ärzte in einer Facharztweiterbildung waren aufgefordert, verschiedene Aspekte ihrer Weiterbildung zu bewerten.

In den vergangenen Evaluationen wurden nur die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung angeschrieben, die zuvor von ihren Befugten gemeldet worden waren: 2009 lag diese Zahl bei 2.177 und 2011 bei 2.709. Im Jahr 2016 mussten die anzuschreibenden Ärztinnen und Ärzte dagegen aus den Meldedaten ermittelt werden. Die Ärztekammer Berlin verfügt über keine gesicherten Angaben, welches Kammermitglied sich in Weiterbildung befindet, da eine Meldepflicht für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bisher nicht besteht. Die Gruppe der anzuschreibenden Ärztinnen und Ärzte wurde daher anhand bestimmter Kriterien (definierte Altersspanne, keine Facharztanerkennung und bestimmte Haupttätigkeiten) aus den Meldedaten gefiltert. Die Kriterien für die Auswahl wurden großzügig angesetzt, so dass sich eine Grundgröße von 6.043 Ärztinnen und Ärzten ergab, die sich potentiell in Weiterbildung befanden. Damit war die Zahl der angeschriebenen Ärztinnen und

Ärzte mehr als doppelt so groß wie bei den vorherigen Evaluationen. Die ca. 2.500 Befugten wurden diesmal nicht befragt, jedoch über die Evaluation informiert und um Unterstützung gebeten.

Fragebogen

Für die Evaluation 2016 wurde der Fragebogen genutzt, der 2015 von der Bundesärztekammer als konsentierter Fragebogen den (Landes-)Ärzttekammern zur Verfügung gestellt worden war. Im Vergleich zu den Fragebögen der Evaluationen 2009 und 2011 wurden die Fragen in Umfang und Komplexität deutlich reduziert. Die Ärztekammer Berlin entschied sich, den konsentierten Fragebogen zu nutzen, um eine Vergleichbarkeit der im Kammerbereich Berlin erhobenen Daten mit denen anderer (Landes-)Ärzttekammern grundsätzlich zu ermöglichen.

Der Fragebogen war für alle Ärztinnen und Ärzte gleich, unabhängig davon, ob sie sich in stationärer oder ambulanter Weiterbildung befanden. Es konnten somit in den Fragen auch keine fachspezifischen Besonderheiten berücksichtigt werden.

Der Fragebogen enthielt 18 Fragen. Mit den Fragen 1 bis 13 waren verschiedenste Aspekte der Weiterbildung zu bewerten. Die Frage 14 bezog sich auf eine globale Einschätzung, ob die Weiterbildungsstätte insgesamt weiterempfohlen werden kann. Die Fragen 15 bis 18 betrafen Angaben zu Stellenumfang, Schichtdienst, Weiterbildungsjahr und Geschlecht. Die ermittelten Ärztinnen und Ärzte erhielten den Fragebogen per Post.

Rücklauf und Teilnehmerstatistik

Insgesamt gingen 1.187 Rückmeldungen ein, von denen 1.034 für die Auswertung genutzt werden konnten. Damit stieg die

Beteiligung in absoluten Zahlen im Vergleich zu den Evaluationen 2009 und 2011: 2009 hatten 682 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung den Fragebogen ausgefüllt, 2011 waren es 900. Aufgrund der hohen Gesamtzahl der angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte lag die Teilnehmerquote jedoch nur bei 19,6% (2009 bei 31,3% und 2011 bei 32,7%).

Dass nicht mehr Ärztinnen und Ärzte die Chance zur Evaluation ihrer Weiterbildung genutzt haben, ist bedauerlich. Möglich ist, dass eine gewisse Evaluationsmüdigkeit eine Rolle spielt. Befragungen zu verschiedensten Themen werden bereits häufig seitens der Kliniken und der Fachgesellschaften durchgeführt. Ein weiterer Grund mag sein, dass nicht erkennbar ist, ob und welche Konsequenzen aus Evaluationen der Weiterbildung folgen.

Es wurden insgesamt 463 Weiterbildungsbefugte bewertet, davon 317 im stationären Bereich und 146 im ambulanten Bereich. Von den 317 stationär tätigen Befugten erhielten 195 einen individuellen Befugtenbericht. Den ambulant tätigen Weiterbildungsbefugten wurde vor dem Hintergrund der 1:1-Weiterbildungssituation und der damit einhergehenden fehlenden Anonymität kein individueller Befugtenbericht übermittelt.

Von den 1.034 Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, deren ausgefüllter Fragebogen in die Auswertung einfluss befanden sich 157 in ambulanter und 877 in stationärer Weiterbildung. Damit kamen 84,8 % der Rückmeldungen aus dem stationären Bereich.

Bemerkenswert ist, dass sich deutlich mehr weibliche (658) als männliche Ärzte (363) in Weiterbildung beteiligten.

Des Weiteren war die Teilnahme umso höher, je weiter fortgeschritten die Weiterbildung bereits war: 101 Ärztinnen und Ärzte befanden sich im 1. Weiterbildungsjahr, 164 im 2., 189 im 3., 208 im 4. 275 im 5. und 76 im 6. Weiterbildungsjahr. Die sinkende Teilnehmerzahl nach dem 5. Weiterbildungsjahr ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass die meisten Facharztbezeichnungen eine fünfjährige Mindestweiterbildungszeit vorsehen.

22,2 % aller Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gaben an, in Teilzeit zu arbeiten. Aufgeschlüsselt nach ambulanter und stationärer Weiterbildung befinden sich mit 37 % deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich in Teilzeitweiterbildung als im stationären Bereich (19,5 %).

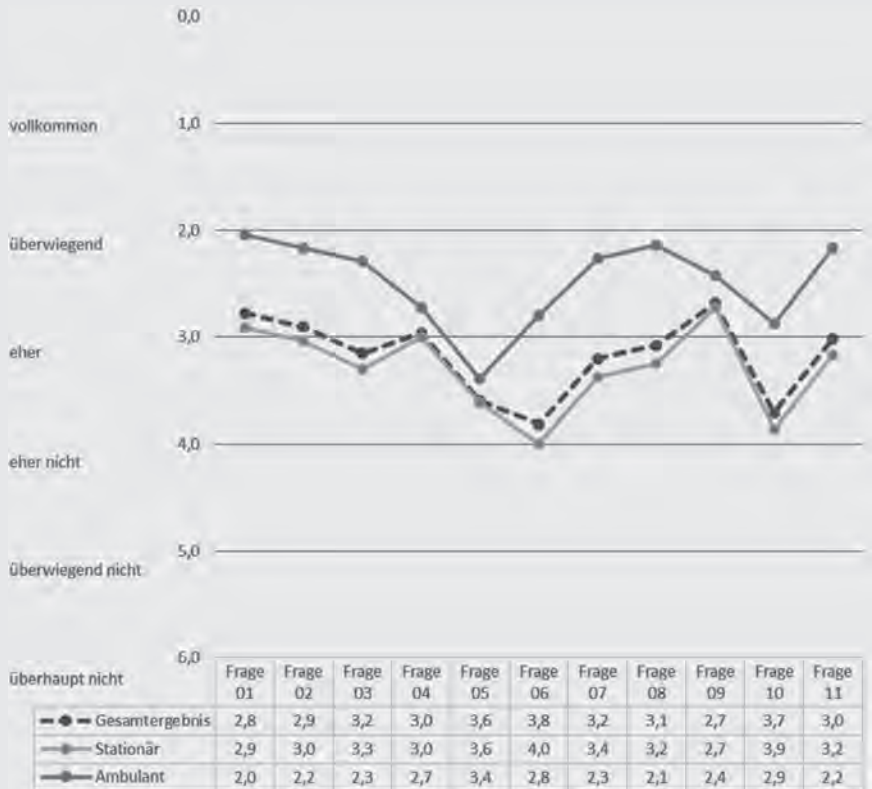
Anonymisierung und Datenschutz

Um sicherzustellen, dass keine Mehrfachbewertung abgegeben wurde, war es erforderlich, jedem Teilnehmer einen Code zuzuordnen. Nach der Erfassung des Fragebogens erfolgte die Auswertung vollständig anonymisiert. Für die Sicherstellung eines weitgehenden Schutzes der Daten hat innerhalb der Ärztekammer Berlin nur ein ausgewählter Personenkreis Zugang. Es handelt sich hierbei um die mit der Evaluation betrauten Mitarbeiter der Abteilungen Weiterbildung/ Ärztliche Berufsausübung und Interne Dienstleistungen. Bei der Verwendung der Daten tragen diese dafür Sorge, dass Rückschlüsse auf die Identität der befragten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht möglich sind. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgte in Abstimmung mit der Datenschutzbeauftragten der Ärztekammer Berlin.

Gesamtauswertung

Die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung hatten für die Fragen 1 bis 11 und 14 auf dem Evaluationsbogen die Möglichkeit, diese in sechs Abstufungen zu beantworten, von „vollkommen“ bis „überhaupt nicht“. Für die Auswertung wurden die

Abbildung 1: Fragen 1-11, Darstellung der Mittelwerte



1. An meiner Weiterbildungsstätte werden mir die für eine eigenständige und eigenverantwortliche Tätigkeit erforderlichen fachspezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten systematisch vermittelt.
2. An meiner Weiterbildungsstätte werden mir die Durchführung der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchungen systematisch vermittelt.
3. An meiner Weiterbildungsstätte werden mir die ärztliche Gesprächsführung (insbesondere Patientenaufklärung) und die allgemeinen Kommunikationsfähigkeiten systematisch vermittelt.
4. An meiner Weiterbildungsstätte wird mir die Beherrschung von medizinischen Notfallsituationen systematisch vermittelt.
5. An meiner Weiterbildungsstätte werden mir die Begleitung und Betreuung von Sterbenden systematisch vermittelt.
6. An meiner Weiterbildungsstätte wird mir die Berücksichtigung rechtlicher Grundlagen (z. B. Weiterbildungsordnung, Berufsordnung, Sozialgesetzgebung, Haftungsrecht) systematisch vermittelt.
7. An meiner Weiterbildungsstätte findet die Einarbeitung und Unterweisung unter verantwortlicher Anleitung statt, die weit über eine gelegentliche Korrektur meiner ärztlichen Tätigkeit hinausgeht.
8. Meine Weiterbildung wird an meinen individuellen Weiterbildungsbedarf angepasst.
9. Die für meine Weiterbildung ggf. erforderlichen Rotationen/Weiterbildungsabschnitte kann ich an meiner Weiterbildungsstätte voraussichtlich innerhalb des vorgesehenen Zeitrahmens durchlaufen.
10. Für meine Weiterbildungsstätte ist Weiterbildung ein zentrales Thema bei der Planung und Organisation der täglichen Arbeitsabläufe.
11. Ich erhalte regelmäßig und zeitnah eine Rückmeldung zu meiner Arbeit (Anerkennung oder auch konstruktive Kritik).

sen die Schulnoten 1 bis 6 zugeordnet, aus denen sich der Durchschnittswert ergibt: „vollkommen“ = 1, „überwiegend“ = 2, „eher“ = 3, „eher nicht“ = 4, „überwiegend nicht“ = 5, „überhaupt nicht“ = 6. War eine Frage nicht sinnvoll mit den obigen Abstufungen zu beantworten oder wurde keine Angabe gemacht, wurde der Wert gleich Null gesetzt.

In Abbildung 1 finden Sie die Ergebnisse für ganz Berlin (Fragen 1 bis 11), unterschieden nach ambulant und stationär. Der angegebene Wert ist der Mittelwert aus allen 1.034 auswertbaren Rückmeldungen. In der Gesamtauswertung fällt auf, dass die Ergebnisse im ambulanten Bereich (Durchschnitt 2,5) positiver ausfallen als im stationären (Durchschnitt 3,3). Dies war bereits in den Evaluationen 2009 und 2011 festzustellen. Gründe dafür können günstigere Arbeitsbedingungen, vor allem in Bezug auf die Arbeitszeit, oder die bessere Betreuung durch die 1:1-Situation sein. Durch den direkten Kontakt ist von einer besseren Kommunikation zwischen Befugter/m und Ärztin/Arzt in Weiterbildung auszugehen, deshalb spielt „der Mensch Weiterbilder“ eine größere Rolle.

Trotz vieler kritischer Bewertungen bei den Einzelfragen wird letztlich die Frage 14 „Insgesamt kann ich meine Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“ doch relativ häufig mit einer besseren Bewertung versehen, als es die Antworten zu den Fragen 1 bis 11 vermuten lassen (Abbildung 2). Die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung würde ihre Weiterbildungsstätte „vollkommen“ oder „überwiegend“ weiterempfehlen (23,7 % und 27,2 %). Allerdings kann ein Viertel die Weiterbildungsstätte „eher nicht“, „überwiegend nicht“ oder „überhaupt nicht“ empfehlen (14,8%, 6,0 % und 4,6 %). Auch bei Frage 14 schneidet der ambulante Bereich insgesamt deutlich besser ab: allein 54,8% empfehlen ihre Weiterbildungsstätte „vollkommen“.

Abbildung 3 zeigt die Ergebnisse zur Frage, ob die Weiterbildungsstätte insgesamt weiterempfohlen werden kann, auf-

geschlüsselt nach Fachgebieten. Mit einer sehr hohen Zufriedenheit fallen hier die Fachgebiete Allgemeinmedizin und Psychosomatische Medizin auf: über 60 % empfehlen die Weiterbildungsstätte „vollkommen“ weiter.

In Bezug auf Weiterbildungsgespräche geben fast Dreiviertel der befragten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an, dass mindestens einmal pro Jahr ein Weiterbildungsgespräch geführt wird. Auf den ersten Blick zwar ein hoher Wert, aber im Hinblick darauf, dass es sich um eine grundlegende Pflicht des Befugten handelt (§ 8 Absatz 2 Weiterbildungsordnung), sollte das Ergebnis bei 100 % liegen. Ebenfalls ist kritisch zu betrachten, dass lediglich ein Fünftel von ihnen angibt, einen strukturierten Weiterbildungsplan zu erhalten. Auch hierbei han-

delt es sich um eine Pflicht des Befugten gemäß § 5 Absatz 5 Weiterbildungsordnung. Dass ein strukturierter Plan für eine gute Weiterbildung hilfreich ist, steht außer Frage. Gespräche in regelmäßigen Abständen sind wiederum erforderlich, um den Austausch zum Stand der Weiterbildung zu ermöglichen und zu prüfen, ob der ursprünglich vereinbarte Plan für die Weiterbildung angepasst werden muss.

Weitere Ergebnisse und deren graphische Darstellung, auch aufgeschlüsselt für 26 Fachgebiete, finden sich auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aekb.de (Ärzte > Weiterbildung > Evaluation 2016). Aufgrund des unterschiedlichen Fragebogens ist ein Vergleich der Ergebnisse mit denen der Evaluation 2009 und 2011 nicht möglich.

Abbildung 2: Gesamtergebnis Frage 14

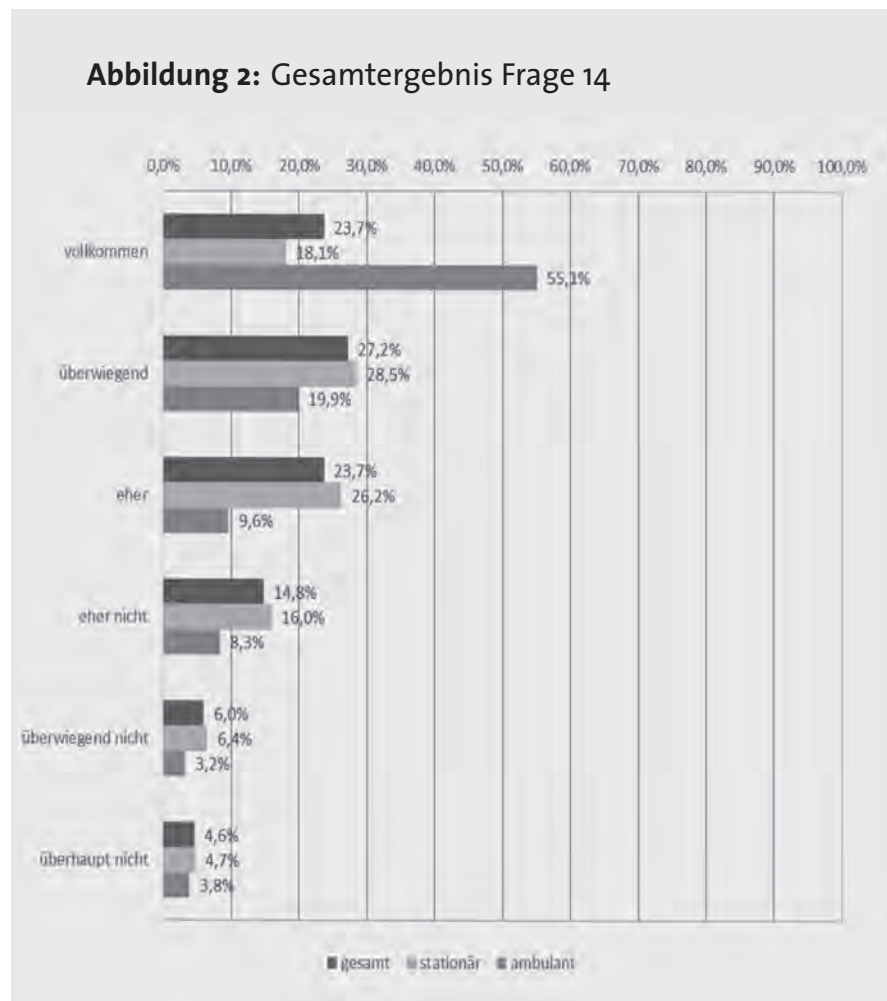
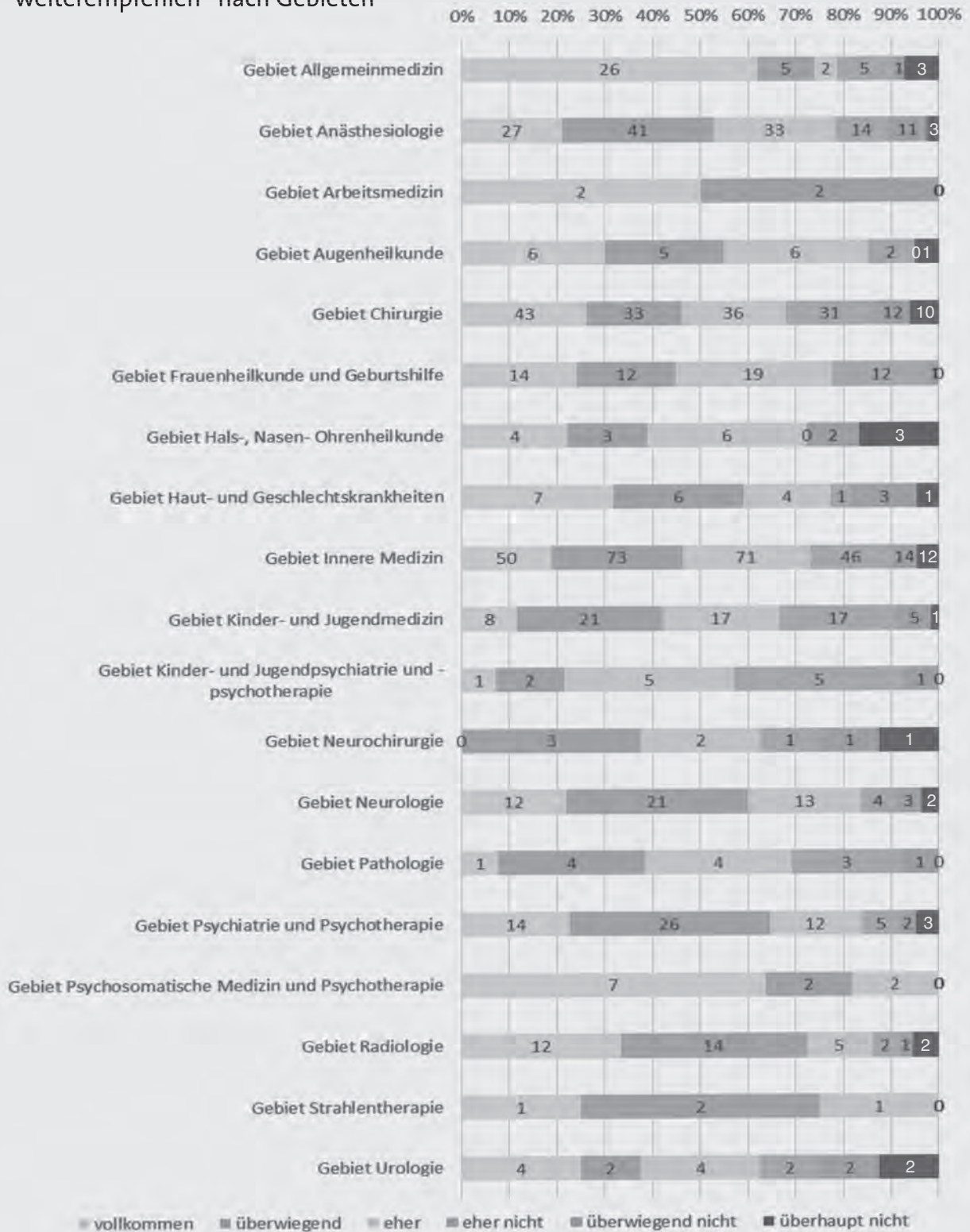


Abbildung 3: Frage 14 „Insgesamt kann ich meine Weiterbildungsstätte weiterempfehlen“ nach Gebieten



Individueller Befugtenbericht

Für 195 Befugte konnte ein individueller Bericht erstellt werden, in dem die Ergebnisse der/des Befugten denen der Fachgruppe gegenübergestellt sind. Damit ist die Zahl im Vergleich zur Evaluation 2011 mit 200 individuellen Befugtenberichten nahezu gleich geblieben. Einen individuellen Befugtenbericht erhielten die Befugten nur, wenn jeweils mindestens vier ausgefüllte Fragebögen vorlagen oder – bei weniger als vier ausgefüllten Fragebögen – wenn sich alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ausdrücklich mit der Weitergabe der Bewertung einverstanden erklärt haben. Für Befugte im niedergelassenen Bereich wurde aufgrund fehlender Anonymität kein individueller Befugtenbericht erstellt.

Bei der Interpretation des individuellen Befugtenberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen, die die Aussagekraft wesentlich beeinflussen können. Liegen nur sehr wenige Bewertungen oder gar nur eine einzelne Bewertung vor, ist das Ergebnis möglicherweise nicht repräsentativ. Selbst mehrere Bewertungen können unter Umständen nur einen kleinen Prozentsatz der gesamten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an der Stätte ausmachen.

Die individuellen Befugtenberichte sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht. Sollte für eine Abteilung oder Klinik kein Bericht eingestellt sein, lagen entweder keine oder nicht genügend Rückmeldungen vor oder die/der Befugte hat der Veröffentlichung nicht zugestimmt.

Konsequenzen

Allen bewerteten Befugten wurden Ende August die Ergebnisse zugeschickt, mit der Aufforderung, diese mit ihren Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu besprechen. Seitens der Ärztekammer Berlin wird mit Befugten, deren individuelle Befugtenberichte auffallend negative Ergebnisse zeigen und die von mindestens drei Ärztinnen und Ärzten in Wei-

terbildung bewertet wurden, das persönliche Gespräch gesucht, um sich zur Weiterbildungssituation auszutauschen. Angeboten wird dabei auch eine „Mobile Beratung“ vor Ort, die sich neben den Befugten ergänzend an die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung richtet.

Darüber hinaus wird derzeit ein Konzept für ein sogenanntes „train-the-trainer“-Seminar erarbeitet. Dieses Schulungsangebot soll perspektivisch an die Befugten herangetragen werden. Im ersten Schritt ist vorgesehen, nach Erteilung einer Erstbefugnis die Ärztinnen und Ärzte zu einem Informationsgespräch einzuladen, in dem grundlegende Fragen zu Aufgaben und Verantwortlichkeit im Rahmen der Weiterbildung erläutert werden sollen. Dieses Gespräch fand erstmals am 11. Oktober 2017 statt.

Feedback

Neben der grundsätzlichen Zustimmung zur Evaluation und Vorschlägen für die Verbesserung des Fragebogens gab es auch Kritik, sowohl von den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung als auch von den Befugten.

Von Vertretern der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin Berlin (WABe) wurde insbesondere kritisiert, dass der Fragebogen zu spezifisch auf die stationäre Weiterbildung ausgerichtet sei und kein Feld für freie Kommentare vorsah. Seitens der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wurden konkrete Probleme der Weiterbildung angesprochen: hohe Arbeitsbelastung, knappe Personaldecke, nicht gewährleistete Rotationen, Fluktuation, Abhängigkeit vom Weiterbildungler, Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In einem Kommentar wurde festgestellt, dass „Weiterbildung, so wie es das Wort meint, in keinster Form stattfindet und man eher in der Routine versackt und als ‚Arbeitsmaschine‘ für fehlendes Fachpersonal ausgebeutet wird“. Ein anderer Kommentar zielte auf das System der Weiterbildung als Ganzes: „Erst wenn die Weiterbildungsverantwortlichkeiten in externe Arzt-„Berufsschulen“ gegeben werden und die Frage, ob jemand mit in

den OP darf oder nicht, nicht nach emotionaler Willkür geht, dann bekommen Sie reale Antworten hier und ein faires System.“

In Bezug auf den Fragebogen wurde von einigen stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten bemängelt, dass die Fragen zu allgemein gehalten seien und so der Weiterbilder nach Erhalt der Ergebnisse nicht weiß, in welchen Bereichen konkrete Verbesserungen erfolgen müssten. Aus anderen Rückmeldungen sprach aber auch eine gewisse Resignation, da trotz regelmäßiger Umfragen keine Veränderungen spürbar seien und eine öffentliche Diskussion der Ergebnisse vermisst wird.

Von den Befugten, die einen individuellen Bericht erhielten, betrafen die meisten Kommentare die fehlende Aussagekraft. In vielen Fällen wurden die Befugten von nur wenigen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bewertet, oft lag nur eine einzige Bewertung vor. Die Repräsentativität wurde vielfach in Frage gestellt, da häufig nur ein geringer prozentualer Anteil an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung an der jeweiligen Weiterbildungsstätte eine Rückmeldung gegeben hatte. Um hier ein verlässlicheres Bild zu erhalten, wäre es erforderlich, dass der Ärztekammer Berlin die tatsächlich an einer Weiterbildungsstätte tätigen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bekannt sind. Erforderlich wäre hierfür eine Meldepflicht von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die bislang nicht besteht.

Auch wenn in der Gesamtschau nur ein geringer Teil eine Bewertung abgegeben hat, kann und sollte diese zum Anlass genommen werden, gemeinsam mit allen Beteiligten, über die Weiterbildung zu sprechen. Verschiedene Rückmeldungen der Befugten zeigen, dass dieses überaus wichtige Ziel mit der Evaluation 2016 erreicht worden ist: Die Ergebnisse werden in der Abteilung oder Klinik thematisiert und als Anregung genutzt, die Weiterbildungsstrukturen zu überdenken.

*Katja Lais, Gabriele Sparkuhl
Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung der Ärztekammer Berlin*

„Manche Befugte haben noch nie die Weiterbildungsordnung komplett gelesen“



Interview mit Dr. Klaus Thierse und Dr. Catharina Döring-Wimberg

Welche Schwerpunkte die Ärztekammer Berlin in der Weiterbildung aktuell setzt, wie es um die Novelle der Musterweiterbildungsordnung steht und welche Anforderungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung heute stellen, hat BERLINER ÄRZTE Dr. med. Klaus Thierse (Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses) und Dr. med. Catharina Döring-Wimberg (Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung) gefragt.

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin steht aktuell beim 10. Nachtrag. Der 11. Nachtrag ist in Vorbereitung. Warum ist dieser notwendig und was werden die wichtigsten Punkte sein?

Döring-Wimberg: Anlass sind zum einen zu berücksichtigende Änderungen von EU-

Regelungen und das novellierte Heilberufekammergesetz...

Thierse: ...und zum anderen sollen in dem Nachtrag schon die ersten Anpassungen der bevorstehenden Novelle der Musterweiterbildungsordnungen einbezogen werden.

Dazu gehört für uns auch zum Beispiel die Frage, wie man mit sehr großen Krankenhausabteilungen umgeht, um die Weiterbildung so zu gestalten, dass auch Oberärzte in die Weiterbildung miteingebunden werden können. Mal schauen, wie wir das hinbekommen. Etwas Zeit haben wir ja noch.

Döring-Wimberg: Das neue Heilberufekammergesetz muss erst verabschiedet sein. Das ist die Voraussetzung. Anfang nächsten Jahres würden wir den Nachtrag gerne in unseren Kammergremien finalisieren.

Die Basis für Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ist die Musterweiterbildungsordnung. Wo stehen wir aktuell im Novellierungsprozess der Musterweiterbildungsordnung? Welche Baustellen sind aus Sicht der Ärztekammer Berlin im Moment die größten?

Thierse: Wir hatten uns ja vor einigen Jahren vorgenommen, dass wir die Weiterbildungsordnung kontinuierlich nachjustieren. Bei uns in Berlin hat das einigermassen geklappt. Auf Bundesebene hat das leider nicht so funktioniert. Eine große Baustelle, die wir momentan noch sehen, ist das eLogbuch. Es gibt Bestrebungen, das so zu gestalten, dass es nur bundeseinheitlich geht. Das Logbuch spiegelt die Weiterbildungsinhalte wider, die von den Aufsichtsbehörden der Länder genehmigt werden müssen. Es gibt Befürworter einer bundeseinheitlichen Weiterbildungsordnung und einer zentralen Speicherung der eLogbücher. Das heißt aber unter dem Strich auch, sollten wir die einheitliche Weiterbildungsordnung jemals wieder ändern wollen, brauchen wir 17 Landesärztekammern und 16 Aufsichtsbehörden, die zustimmen müssen. Das wäre enorm schwerfällig.

Döring-Wimberg: Die grundlegende Idee war und ist, mit der Novelle eine Kompetenzbasierung einzuführen. Unsere Gremien und die Abteilung Weiterbildung haben sich sehr stark damit auseinandergesetzt.

Thierse: Wir waren die erste Landesärztekammer überhaupt, die das ganze Werk durchkommentiert hat. In diese Tiefe sind sonst nur die Fachgesellschaften gegangen. Aber die Fachgesellschaften sollten nicht allein die Weiterbildungsordnung vorgeben. Wir sind viel näher dran, was an der Basis der Weiterbildung passiert, als die Spitzen der Fachgesellschaften. Ein paar Worte zur Kompetenzbasierung: Nachdem man zunächst die Weiterbildung auf eine reine Kompetenzbasierung ausrichten wollte, kam man dann zu dem Schluss, dass es so ganz ohne zeitliche Vorgaben

in der Weiterbildung nicht geht. Wir werden im Endeffekt sehr viel Wert auf die Inhalte legen, aber wir sind von den heutigen Weiterbildungszeiten nicht wesentlich runtergekommen.

Die Kammer ist zuständig für die Qualität der Weiterbildung. Was tut sie konkret dafür?

Döring-Wimberg: Fangen wir mit dem Grundsätzlichen an. Die Kammer erteilt Befugnisse zur Leitung der Weiterbildung. Dabei schauen wir uns an, wer fachlich und persönlich geeignet ist. Das ist vorgegeben. Derjenige muss uns dann nachweisen, wie sein Leistungsspektrum aussieht. Das wird von uns sehr genau angeschaut – und kann auch dazu führen, dass eine Vorort-Begehung gemacht wird, um eine direkte Einschätzung zu erhalten.

Thierse: Wobei wir in Berlin ja im Tal der Seligen leben. Die Klinik oder die Praxis, die niemand aus einem Weiterbildungsausschuss kennt, gibt es kaum. Das ist ein Spezifikum eines Stadtstaates.

Welche Rolle spielt die angesprochene Begehung von Weiterbildungsstätten?

Döring-Wimberg: Die Anzahl der Begehungen nimmt von Jahr zu Jahr zu. Das ist mit hohem Aufwand für alle Beteiligten – Ehrenamt, Verwaltung und die Vertreter der Befugnisstätte – verbunden. Es geht natürlich in erster Linie darum, Unklarheiten direkt vor Ort zu klären, aber auch Gesicht zu zeigen und deutlich zu machen, dass wir keine anonyme Einrichtung sind. Alleine in dieser Woche haben wir drei Begehungstermine. Der Aufwand ist hoch, aber der Gewinn und das Feedback sind sehr gut.

Thierse: Der große Vorteil von Begehungen ist der Eindruck vor Ort und die Möglichkeit, mit den handelnden Personen zu sprechen. Wir kommen von der Schriftform weg zu einem persönlichen Eindruck in der Realität.

Döring-Wimberg: Außerdem überprüfen wir alle paar Jahre die Befugnisse. Dafür muss uns dann schon einiges an Unterlagen eingereicht werden. Manchmal ergibt sich auch in diesem Rahmen, dass eine Begehung durchgeführt wird. Die Ärztekammer Berlin befristet ja in der Regel keine Befugnisse. Leider vergessen viele Befugte ihrer Pflicht nachzukommen, uns Veränderungen der Befugnisstätte oder der Struktur mitzuteilen. Das bekommen wir oft bei den Überprüfungen mit.

Thierse: Die meisten Befugten kennen die OP-Kataloge und die erforderlichen Zahlen, aber kennen manche Regularien der Weiterbildungsordnung nicht, weil sie die Weiterbildungsordnung nicht komplett durchgelesen haben.

Dazu passt das aktuelle Stichwort „Train the trainer“. Warum wird die Qualifizierung von Weiterbildungsbezugten zunehmend wichtig?

Thierse: Zum einen gibt es das Problem der fehlenden Didaktik. Das lernt man weder im Studium noch in der Praxis. Da gibt es aber sicher Dinge, die man lernen sollte. Ich denke dabei zum Beispiel an Moderatorenfähigkeiten. Das sind Sachen, die wir gerade entwickeln. Neben der Didaktik sollten aber auch die Inhalte der Weiterbildungsordnung vermittelt werden. Auch wenn sich unser erstes Angebot an die Chefs richten wird, müssen dann die Oberärzte, die in die Weiterbildung miteingebunden sind, angesprochen werden. Das ist ja die Generation von Befugten, die jetzt nachwächst.

Döring-Wimberg: Wir sind dabei, ein Konzept für ein Befugtenschulungsangebot zu entwickeln, das zum einen den Befugten ihre Pflichten nahebringen soll, aber auch, wie sie diese dann am besten in der Praxis umsetzen können. Daneben soll beispielsweise auch vermittelt werden, wie man ein schwieriges Gespräch mit Kritik zum

Stand der Weiterbildung adäquat führt. Das ist sicherlich ein langfristiges Vorhaben. Wir werden erst einmal mit den Neubefugten anfangen und dann in der Folge ein „Train the Trainer“-Angebot für alle Befugten machen. Das ist im Übrigen auch eine gesetzliche Vorgabe im Rahmen der Förderung der Allgemeinmedizin. Wir als Kammer werden das dann perspektivisch für alle Befugten anbieten.

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet regelmäßig Schulungen für Weiterbildungsprüfer. Wozu dienen diese Schulungen?

Döring-Wimberg: Ja, wir sind ja für die Erteilung der Anerkennungen zuständig, für die zum Abschluss der Weiterbildung eine Prüfung bestanden werden muss. Seit rund drei Jahren führen wir Prüferschulungen durch. Da wir sehr viele Prüfer haben, wird es noch eine Weile dauern, bis wir alle Prüfer erreicht haben. Wir haben zunächst mit den Neuberufenen begonnen, die als Prüfer einsteigen. Die Schulungen machen wir mit einem Medizindidaktiker zusammen, um die Prüfer angemessen auf die mündlichen Prüfungen vorzubereiten.

Welche Ergebnisse lassen sich aus der 2016 durchgeführten Evaluation der Weiterbildung ziehen?

Döring-Wimberg: Im Jahr 2016 haben wir die dritte Evaluation der Weiterbildung durchgeführt (Anmerk. d. Red.: s. Artikel auf S. 15). Zwei waren zuvor gestützt durch die Bundesärztekammer, nun war die Befragung in alleiniger Verantwortung der Ärztekammer Berlin. Wir haben allerdings einen Fragebogen benutzt, der in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesärztekammer erarbeitet worden war. Das waren Fragen, die Fächer übergreifend passen.

Was ist der Gemeinsame Weiterbildungsausschuss?

Im Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss (GWbA) kommen die Vorsitzenden und Stellvertreter der sechs Weiterbildungsausschüsse sowie des für die Widersprüche zuständigen Gremiums regelmäßig zusammen. Hierdurch soll der notwendige Austausch und eine einheitliche Rechtsanwendung durch alle Weiterbildungsausschüsse sichergestellt werden. Der Gemein-

same Weiterbildungsausschuss kann zu diesem Zweck Richtlinien festlegen. Auch die Richtlinien, die maßgeblich für die Weiterbildungsinhalte sind, werden durch den Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss beschlossen. Des Weiteren befasst sich der Gemeinsame Weiterbildungsausschuss mit allen ausschussübergreifenden Fragen zur inhaltlichen Gestaltung der ärztlichen Wei-

terbildung. Aktuell nimmt das umfassende Novellierungsverfahren zur Muster-Weiterbildungsordnung sehr viel Raum der Ausschussarbeit ein. Der GWbA hat aktuell einen Vorsitzenden (Dr. Klaus Thierse), zwei Stellvertretende Vorsitzende (Dr. Bernd Müller und Prof. Dr. Wulf Pankow) und 20 weitere Mitglieder. Im Jahr 2016 tagte der GWbA drei Mal.



Foto: S. Rudat

Sitzung des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin.

Dann hatten wir aber das Problem der Zielgruppe. Da wir nicht konkret wissen, wer in Weiterbildung ist, haben wir eine sehr große Gruppe angeschrieben und gehofft, damit die Zielgruppe erfasst zu haben. Die Evaluation ist also fraglich repräsentativ, wir können aber daraus Indizien und Hinweise ziehen. Zu den Ergebnissen gehört beispielsweise, dass nur 75 % der Befragten angaben, von ihrem Befugten einen strukturierten Weiterbildungsplan erhalten zu haben. Das hört sich erst einmal gut an, aber es sollten 100 % sein, denn es ist eine Pflicht des Befugten. Auch bei den jährlich durchzuführenden Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung wäre eine viel höhere Quote zu erwarten und gewünscht gewesen. Da müssen wir investieren, um Klarheit zu schaffen. Wir hoffen, dass die Beteiligten durch die Evaluation miteinander ins Gespräch kommen – für eine konstruktive, gut strukturierte Weiterbildung.

Haben sich denn die Erwartungen, die junge Ärzte in Weiterbildung haben, verändert?

Döring-Wimberg: Wir bekommen die Rückmeldung, dass die Befugten es heute oft mit selbstbewussten, auf eine gute Work-Life-Balance bedachten Ärztinnen und Ärzten zu tun haben. Das ist sicherlich eine Balance, die in so einem Beruf nicht leicht zu erreichen ist.

Thierse: Da gibt es auch einen Generationswechsel bei den Weiterbildungsbefugten. Chefarztvisiten um 18 Uhr, wo alle stramm stehen, wären heute aus den verschiedensten Gründen nicht mehr denkbar. Da würden wir hier ganz schnell Beschwerden bekommen.

Döring-Wimberg: Auf der anderen Seite ist die Arbeitsdichte heutzutage enorm. Da prallen schon teilweise sehr unterschiedliche Erwartungshaltungen aufeinander, denke ich. Es gibt große Enttäuschungen bei den Ärzten in Weiterbildung darüber, den Patientenwünschen nicht wirklich gerecht werden zu können.

Thierse: Ja, innerhalb der akzeptierten Arbeitszeit ist die Arbeit wesentlich mehr verdichtet worden. Das trifft auf Kliniken und Praxen gleichermaßen zu. Früher waren ganz andere Puffer da. Das Hamsterrad wird immer schneller. Das ist zu einem Grundproblem der heutigen Medizin geworden.

Wird die Weiterbildung in Teilzeit stärker nachgefragt?

Döring-Wimberg: Wir sehen, dass verstärkt in Teilzeit gearbeitet wird. Das liegt sicher oftmals an den familiären Gegebenheiten. Aber nicht nur. Es liegt auch teilweise an den Vorgaben der Kliniken.

Thierse: Gleichzeitig hat sich die Situation auf dem Arbeitsmarkt aber auch geändert. Die Arbeitgeber haben es nicht mehr ganz so einfach, nach Belieben mit den Ärztinnen und Ärzten umzugehen.

Abschließend die Frage: Was ist notwendig, damit Haupt- und Ehrenamt in Bereich Weiterbildung gut zusammenarbeiten können?

Döring-Wimberg: Die Entscheidungsträger sind bei uns zum überwiegenden Teil das Ehrenamt – bei den Anträgen auf Anerkennung genauso wie bei den Befugnissen. Wir sind auf deren fachliches Know-How angewiesen. Aber wir wissen, dass die Ehrenamtsträger das in der Regel nebenberuflich machen, das heißt, dass wir die Dinge transparent, plausibel und schnell erfassbar aufbereiten müssen. Ich denke, da hat im Lauf

Ombudsmann für Weiterbildungsfragen

Ärztinnen und Ärzte können sich unter folgenden Kontaktdaten an den Ombudsmann wenden:

E-Mail: ombudsmann@aekb.de

Tel.: 030/40806-1101

(Sekretariat Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung)

Ärztammer Berlin – Ombudsmann

Friedrichstr. 16
10969 Berlin

der Jahre eine enorme Professionalisierung der hauptamtlichen Arbeit stattgefunden.

Thierse: Wer hier im Hauptamt arbeitet, wird naturgemäß etwas weiter von der Basis weg sein. Das ist völlig normal. Wir Ehrenamtler sind da im Alltag näher dran und haben die entsprechenden Kontakte. Dann ist es auch Aufgabe des Ehrenamtes, politischen Einfluss abzufedern. Das betrifft aber vor allem den Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss, weniger die Weiterbildungsausschüsse.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Sascha Rudat.



Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin

In den kommenden Jahren werden viele Ärztinnen und Ärzte aus Altersgründen aus der ambulanten hausärztlichen Versorgung ausscheiden. Vor diesem Hintergrund wurden Möglichkeiten zur Förderung der Weiterbildung vereinbart, um die wohnortnahe Versorgung mit Allgemeinärzten und weiteren Fachärzten auch in Zukunft sicherstellen zu können.

Die Einrichtung einer Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin (KoStA Berlin) im Juli 2012 war der erste notwendige Schritt, der basierend auf der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen“ zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft und der Ärztekammer Berlin vereinbart wurde. Die KoStA Berlin ist Ansprechpartner für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung Allgemeinmedizin wie auch für Weiterbilder, sie berät Quer- und Wiedereinsteiger und führt Informationsveranstaltungen rund um das Gebiet Allgemeinmedizin durch. Die Etablierung von Weiterbildungsverbänden ist ebenfalls eine Aufgabe der KoStA für Berlin. Nachdem in Berlin nunmehr zehn Weiterbildungsverbände etabliert werden konnten, wird im Weiteren angestrebt, die Zusammenarbeit innerhalb der Verbände noch weiter zu intensivieren und in die eigenen Hände zu legen. Eine interaktive Karte im Internetauftritt der KoStA für Berlin (www.aekb.de/Ärzte/Weiterbildung/Koordinierungsstelle) weist alle Weiterbildungsverbände in Berlin aus und informiert für jeden einzelnen Weiterbildungsverbund über die beteiligten Kliniken, über die niedergelassenen weiterbildungsbefugten Fachärzte für Allgemeinmedizin wie auch über weitere Weiterbildungsbefugte in für



Diese zehn Weiterbildungsverbände gibt es aktuell

die Weiterbildung Allgemeinmedizin relevanten Fachgebieten. Am 1. Juli 2016 ist eine neue Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V in Kraft getreten. Sie ersetzt die vorherige Vereinbarung zwischen den beteiligten Vertragspartnern. Wesentliche Änderungen sind eine Erhöhung des Förderbetrags auf 4.800 € im ambulanten Bereich und eine Ausweitung der Fördermöglichkeiten auf weitere fachärztliche Weiterbildungen in der ambulanten Versorgung.

In einem nächsten Schritt sollen weitere Maßnahmen ergriffen werden, um die Qualität und Effizienz in der Weiterbildung zu erhöhen. So sollen die Koordinierungsstellen mit weiteren Akteuren auf Landesebene sogenannte Kompetenzzentren Weiterbildung gründen. Eine wesentliche Aufgabe dieser Kompetenzzentren Weiterbildung soll die Schaffung didaktischer Angebote für Weiterzubildende und Weiterbilder sein. Für Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung soll ein Seminarprogramm über den gesamten Zeitraum ihrer Weiterbildung sowie ein Mentoring-Programm zur Verfügung gestellt werden. Weiterbildungsbefugte werden außerdem die Möglichkeit erhalten, Train-the-

Trainer-Seminare zu besuchen. Die monatelangen intensiven Verhandlungen zwischen den auf Landesebene zu beteiligenden Akteuren – der Lehrstuhl Allgemeinmedizin – Charité Berlin, die Ärztekammer Berlin, die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die Berliner Krankenhausgesellschaft und die KoStA Berlin – zur Gründung eines solchen Kompetenzzentrums sind kürzlich mit Zeichnung der Kooperationsvereinbarung beendet worden. Die durch das neue Kompetenzzentrum Weiterbildung geplanten Angebote sind ein weiterer positiver Schritt, um die Attraktivität der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu steigern und damit die hausärztliche Versorgung für die Zukunft sicherzustellen. Als Zeichen in die richtige Richtung ist die steigende Zahl der geförderten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung seit Inkrafttreten der neuen Vereinbarung im Juli 2016 zu sehen. Der leichte Anstieg bei der Zahl der Facharztanerkennungen für das Jahr 2017 verglichen mit den Vorjahren spiegelt die gestiegene Zahl der geförderten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bereits wider und lässt hoffen, dass dieser positive Trend anhält.

*Dr. med. Antje Koch
KoStA für Berlin*

Ärzte



DAS EHRENAMT arbeiten für Ärzte

Die Ärztekammer Berlin lebt von einem konstruktiven Zusammenspiel aus Haupt- und Ehrenamt. Rund 400 Berliner Ärztinnen und Ärzte sind regelmäßig ehrenamtlich in der Kammer tätig - vor allem in den Nachmittags- und Abendstunden im Anschluss an ihren Arbeitstag. Ohne dieses große Engagement wären die ärztliche Selbstverwaltung und die Arbeit der Ärztekammer Berlin als Körperschaft des öffentlichen Rechts undenkbar. Die Mitarbeiter der Kammer brauchen das ärztliche Fachwissen und die Erfahrungen aus dem ärztlichen Alltag, die die Ärztinnen und Ärzte mit- und einbringen. Neben dem Vorstand und der Delegiertenversammlung gibt es zahlreiche Ausschüsse, Arbeitskreise und Kommissionen. Dass es sich dabei nicht um anonyme Gremien handelt, möchten wir in dieser Serie zur ehrenamtlichen Arbeit der Ärztekammer Berlin anschaulich machen. Denn dort arbeiten Ärzte für Ärzte.

Weiterbildungsausschüsse - Viel Engagement für gute Fachärzte

Die Grundlagen

Nach Abschluss des Medizinstudiums hat die/der frisch gebackene Ärztin/Arzt nicht nur die Approbation zu beantragen, sondern zudem die wichtige Entscheidung zu treffen, in welcher Facharzt-richtung sie/er sich weiterbilden möchte. Diese Entscheidung ist prägend für das ganze spätere Berufsleben. Nach der Weiterbildungsordnung (WbO) der Ärztekammer Berlin besteht die Wahlmöglichkeit zwischen über 40 verschiedenen Facharztweiterbildungen. Zu entscheiden ist beispielsweise, ob die Weiterbildung in einer großen Klinik oder lieber in einem kleinen Haus stattfinden soll oder ob mit der Weiterbildung lieber bei einer Befugten/einem Befugten im ambulanten Bereich begonnen wird. Für viele ist der Erwerb einer Facharztbezeichnung aber nur der erste Schritt. Darauf

aufbauend können zusätzlich Schwerpunkt- sowie Zusatz-Bezeichnungen erworben werden. Die WbO erlässt die Ärztekammer Berlin auf der Grundlage des Berliner Kammergesetzes (demnächst Heilberufekammergesetz) als Satzung. In ihr und den dazugehörigen Richtlinien sind Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt, die für den Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- und/oder Zusatzbezeichnung im Rahmen einer festgelegten Mindest-Weiterbildungszeit zu absolvieren und nachzuweisen sind. Die Weiterbildung gilt als abgeschlossen, wenn die geforderten Weiterbildungszeiten absolviert und die notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nachgewiesen wurden sowie eine mündliche Prüfung vor einem Prüfungsausschuss der Ärztekammer Berlin bestanden wurde.

Nach erfolgreich bestandener Prüfung wird dem jungen Arzt oder der jungen Ärztin eine Urkunde ausgehändigt.

Die ärztliche Weiterbildung gehört somit zu den Kernaufgaben der Ärztekammer Berlin. Mit der Weiterbildung soll sichergestellt werden, dass ein Arzt über die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Ausübung seines Berufes verfügt. Von Seiten des Hauptamtes ist die Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung zuständig (s. Heft 10/2016). Auf ehrenamtlicher Seite wiederum gibt es nicht weniger als sechs Weiterbildungsausschüsse (WbA). Diesen Ausschüssen sind insgesamt 112 Bezeichnungen, die nach der WbO der Ärztekammer Berlin zu erwerben sind, zugeordnet - vom internistisch orientierten WbA bis zum „schnei-

denden“ WbA. Der Ältestenrat der Delegiertenversammlung befasst sich zu Beginn jeder Amtsperiode mit den Besetzungsvorschlägen, die Wahl der Ausschussmitglieder selbst geschieht durch die Delegiertenversammlung. Innerhalb der Amtsperioden kommt es natürlich immer mal wieder zu Nachbesetzungen. Relevant für die Aufgabenwahrnehmung der Ausschüsse sind Fachvertreter aus dem stationären und dem ambulanten Bereich. Definierte Vorgaben für die Ausschussmitgliedschaft gibt es - außer der Mitgliedschaft in der Ärztekammer Berlin - nicht, aber es wird versucht, die Ausschüsse mit Vertretern aus verschiedenen Fächern und Bereichen zu besetzen. Ausschussmitglieder können auch Ärzte in Weiterbildung werden. Aktuell sind zwei Ausschussmitglieder selbst noch in der Weiterbildung zum Facharzt.

Die Aufgaben

Was machen nun die sechs Weiterbildungsausschüsse? Alle vier bis sechs Wochen treffen sie sich in den Abendstunden in der Ärztekammer Berlin in der Friedrichstraße. 2016 fanden insgesamt 63 Ausschusssitzungen der Weiterbildungsausschüsse statt. Die Weiterbildungsausschüsse bestehen aus mindestens sieben Mitgliedern, von denen die Delegiertenversammlung jeweils ein Mitglied zum Vorsitzenden und zwei weitere Mitglieder zu Stellvertretern wählt. Die Ausschüsse beschließen mit einfacher Mehrheit. Sie sind beschlussfähig bei Anwesenheit von mindestens drei Mitgliedern, darunter der Vorsitzende oder ein Stellvertreter.

Zu ihren Aufgaben gehört zum einen die Bearbeitung von Anträgen auf Erteilung

von Befugnissen zur Leitung der Weiterbildung. Nach umfangreicher und strukturierter Vorprüfung und Aufbereitung durch das Hauptamt werden die eingereichten Unterlagen von den Ausschussmitgliedern bewertet. Entscheidend sind die fachliche und persönliche Eignung des Antragstellers, die personelle und technische Ausstattung der Wirkstätte, das Leistungsspektrum, die Organisationsstruktur und die Leistungszahlen. Der zuständige Weiterbildungsausschuss erarbeitet für jeden Befugnisantrag unter Einbezug der Vorprüfungsergebnisse und der Befugnis-kriterien eine Empfehlung für den Kammervorstand. Dieser trifft dann letztlich die Entscheidung. Im Fall von offenen Fragen zu Struktur, Spektrum, Ausstattung oder auch zu organisatorischen Aspekten werden auch Begehungstermine

vereinbart, um einen Eindruck vor Ort zu gewinnen. 2016 wurden 29 Begehungen durchgeführt. (s. dazu das Interview auf S. 20).

Die Weiterbildungsausschüsse sind außerdem für die Bearbeitung von Anträgen auf Anerkennung bzw. Zulassung zur Prüfung für Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung zuständig. Wenn die geforderten Weiterbildungszeiten und -inhalte erfüllt sind, kann sich eine Ärztin oder ein Arzt zur Facharztprüfung anmelden. Diese Antragstellung erfolgt mit Hilfe eines online-gestützten Antragsystems. Der Antrag selbst ist persönlich unterzeichnet mitsamt den erforderlichen Nachweisen bei der Kammer einzureichen. Durch die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden diese Anträge zunächst gesichtet, bei

Bedarf Unterlagen nachgefordert und für die Ehrenamtsvertreter aufgearbeitet. Danach werden die zu entscheidenden Anträge durch einen Fachvertreter vorgesehen, eingeschätzt und im Ausschuss mit einem Votum präsentiert. Der Ausschuss fällt dann die Entscheidung. Dabei machen es sich die Ausschussmitglieder nicht immer leicht. In Grenzfällen wird auch viel diskutiert und abgewogen. Dazu prüfen die Ausschussmitglieder die Anträge mit allen dazugehörigen Unterlagen und Daten intensiv an Computer-Bildschirmen und besprechen diese. Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ermöglicht darüber hinaus die Anerkennung gleichwertiger Weiterbildungsabschnitte. Dies setzt voraus, dass die Grundsätze für den Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung im Hinblick auf die Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte gewahrt sind. Auf dieser Basis kann die Anerkennung von im In- und Ausland geleisteten ärztlichen Tätigkeiten, die unter Anleitung wahrgenommen wurden, beantragt werden, auch wenn diese Tätigkeiten nicht unter Anleitung eines für die beantragte Bezeichnung zur Weiterbildung Befugten absolviert wurden. Die Voraussetzungen der Gleichwertigkeit werden anhand der eingereichten Nachweise ebenfalls unter Einbezug der Fachvertreter in den Weiterbildungsausschüssen geprüft.

Die Weiterbildungsausschüsse

Ausschuss	Vorsitzender	Stellvertreter
WbA I	Prof. Dr. med. Wulf Pankow	Prof. Dr. med. Michael Berliner Dr. med. Elmar Dahmen
WbA II	Hans-Jürgen Jegen	Dr. med. Wolfram Singendonk Dr. med. Jürgen Dölling
WbA III	Dr. med. Erich Fellmann	Dr. med. Thomas Werner Dr. med. Martin Ruhnke
WbA IV	Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik	Dr. med. Heinrich Kruse Dr. med. Thomas Stavermann
WbA V	PD Dr. med. Dietrich Banzer	Dr. med. Rudolf Fitzner Dr. med. Detlef Köhler
WbA VI	Dr. med. Hans Joachim Eichinger	Helmut Dudel Dr. med. Roland Urban

Die Namen aller Ausschussmitglieder sowie die Zuständigkeiten der Ausschüsse finden Sie im Tätigkeitsbericht der Ärztekammer Berlin auf der Homepage: www.aerztekammer-berlin.de => Über uns => Tätigkeitsbericht



Foto: S. Rudat

Die Mitglieder des Weiterbildungsausschusses III der Ärztekammer Berlin bei der Arbeit.

Wie man sieht, ist das Aufgabenspektrum der Weiterbildungsausschüsse mehr als umfangreich. An dieser Stelle sei erwähnt, dass es neben den sechs Weiterbildungsausschüssen auch noch den Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss (GWbA) gibt. (Lesen Sie dazu mehr im Kasten auf S. 22).

Zahlen und Daten

Um deutlich zu machen, welches Arbeitspensum die Weiterbildungsausschüsse zu bewältigen haben, nachfolgend ein paar Zahlen: Im Jahr 2016 wurden 1.216 Anträge auf Anerkennung der Weiterbildung eingereicht. Insgesamt waren

damit unter Berücksichtigung der noch offenen Anträge aus dem Vorjahr 1.568 Anträge in Bearbeitung. 2016 wurden 1.077 Anträge auf Anerkennung positiv abgeschlossen, sodass 752 Urkunden für Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen sowie 325 Urkunden über den Erwerb einer Zusatzbezeichnung an junge Ärztinnen und Ärzte ausgehändigt werden konnten.

Insgesamt mussten 76 Anträge abgelehnt werden. Ablehnungen erfolgten wegen nicht erfüllter Voraussetzungen oder fehlender Unterlagen. Gründe für Ablehnungen sind entweder, dass die Ärztin oder der Arzt nicht zur Prüfung zugelassen werden konnte, oder

dass sie/er die Prüfung nicht bestanden hat. Gegen nicht erteilte Zulassungen zur Prüfung wurden 8 Widersprüche eingelegt. 2016 wurden zudem 536 Anträge auf Erteilung einer Befugnis zur Leitung der Weiterbildung gestellt. Insgesamt wurden mit den noch aus der vorangegangenen Zeit stammenden Anträgen 762 Anträge auf Erteilung einer Befugnis zur Leitung der Weiterbildung bearbeitet. Ende 2016 befanden sich noch 270 Anträge in Bearbeitung.

Im Rahmen der Anerkennung gleichwertiger Weiterbildungsabschnitte wurden 2016 insgesamt 33 Anträge auf Anerkennung für die Weiterbildung einer im

Inland geleisteten ärztlichen Tätigkeit gestellt. Des Weiteren wurden 49 Anträge auf Anerkennung von im EU-Ausland absolvierten Tätigkeiten bearbeitet wie auch 56 Anträge auf Anerkennung von in Drittstaaten wahrgenommener ärztlicher Tätigkeit als Weiterbildungszeit.

Die Ausschussmitglieder

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie groß das ehrenamtliche Engagement in den Weiterbildungsausschüssen ist, hier einige Zahlen. Die Größe der Ausschüsse bewegt sich zwischen 12 (WbA V) und 27 (WbA VI) Mitgliedern. Insgesamt

samt engagieren sich nicht weniger als 116 Ärztinnen und Ärzte regelmäßig in den Weiterbildungsausschüssen. Davon sind - das soll nicht verschwiegen werden - bislang allerdings nur 28 Ärztinnen.

Wie aber bewerten nun ehrenamtlich tätige Ärzte die Arbeit in den Weiterbildungsausschüssen? **Professor Dr. Wulf Pankow**, Vorsitzender des WbA I und stellvertretender Vorsitzender im Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss, erlebt die Sitzungen als „sehr konkret“. „Es geht immer um ganz klare Fragen und Entscheidungen: Was macht der Befugte? Wie viel Befugnis kann er aufgrund seiner ganz konkreten Strukturen, die er anbietet, bekommen? Das kann wirklich Spaß machen.“ Man wolle in den Ausschüssen „keine bürokratischen, sondern vernünftige Entscheidungen treffen“, sagt er und ergänzt: „In den Ausschusssitzungen erlebt man auch, dass die Ärztekammer kein bürokratischer Laden ist. Dort arbeiten Kollegen für Kollegen!“ Nach den Dingen, die man für die Ausschussarbeit mitbringen muss, gefragt, erklärt er: „Man muss Freude daran haben, Dinge nach vorne bringen zu wollen, die nicht so gut laufen. Und man muss Freude daran haben, im interkollegialen Kontakt zu sein.“

Ähnlich sieht es **Professor Dr. Walter Schaffartzik**, Vorsitzender des WbA IV. Für ihn steht die lösungsorientierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Ausschüssen im Vordergrund.

Sie seien für die Umsetzung und Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung notwendig, sagt er. Zur Ausschussarbeit gehört für ihn auch eine Unterstützung der Antragsteller - „gerne auch in einem persönlichen Gespräch“. Schaffartzik hebt hervor, dass es in den Ausschüssen immer um Einzelfallentscheidungen gehe, also jeder individuelle Antrag bewertet werde.

Für **Dr. Dietrich Banzer**, Vorsitzender des WbA V, ist die Arbeit in den Weiterbildungsausschüssen wichtig, um den Ärzten in Weiterbildung durch Beratung Hilfestellung „im Dschungel der Vorschriften“ geben zu können. Außerdem sei es sinnvoll, den Weiterbildungsbeauftragten Hinweise für die Weiterbildungsstrukturierung und Defizite im Ablauf zu geben. Eine weitere Motivation für seine ehrenamtliche Arbeit ist die Mitwirkung an der Zukunftsgestaltung der Weiterbildung und dabei darauf achten zu können, dass praktikable Regelungen getroffen werden.

„Der interessanteste und damit anregendste Teil meiner Tätigkeit im WbA VI ist der Möglichkeit geschuldet, die Weiterbildung der wissenschaftlichen Entwicklung anzupassen, ohne auf die schwerfälligen und damit verzögerten Änderungen der Bundesärztekammer warten zu müssen. So waren wir Vorreiter bei den Änderungen für den Facharzt für Psychosomatische Medizin und der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse, die Jahre später erst Eingang in die von der

BÄK empfohlene Musterweiterbildungsordnung fanden“, erklärt **Dr. Hans Joachim Eichinger**, Vorsitzender des WbA VI. Damit könne der Ausschuss auch „elastisch“ auf die speziellen Berliner Verhältnisse reagieren und den Ärzten in Weiterbildung einen ‚maßgeschneiderten‘ Weiterbildungsgang anbieten. „Ein zweiter, mich persönlich ansprechender Teil der Ausschusstätigkeit“, so Eichinger weiter, „ist der Einblick in die Struktur der ärztlichen Versorgung des eigenen Fachgebiets, die weit über den üblichen Kreis von befreundeten Kollegen hinausgeht.“

Die Anfänge der ehrenamtlichen Arbeit in der Kammer reichen bei **Dr. Erich Fellmann**, Vorsitzender des WbA III, weit zurück. „Als mein Kollege und späterer väterlicher Freund Dr. Hans-Herbert Wegener 1983 mein Interesse für eine ehrenamtliche Tätigkeit in der Ärztekammer Berlin weckte, wurde mir der wertvolle Schatz der ehrenamtlichen Ausschussstruktur der Kammer erst richtig bewusst: Kollegen und Fachleute von der Basis bearbeiten mit Unterstützung des Hauptamtes alle Fragen unseres beruflich ärztlichen Alltags. Als überzeugtem ‚Qualitäter‘ war mir außerdem klar: Ohne gute Weiterbildung gibt es keine gute Versorgungsqualität.“ Zu den zentralen Aufgaben gehört laut Fellmann das Erstellen der Richtzahlen, also das Festlegen der Anforderungen des OP-Katalogs in Anzahl und Qualität der nachzuweisenden Mindest-Operationen.

„Denn manche der von den Fachgesellschaften vorgeschlagene OP-Zahlen differieren gewaltig von den realisierbaren Möglichkeiten einer Weiterbildungsstätte“, erläutert Fellmann und führt weiter aus: „Dann schlagen wir dem Kammervorstand vor, wer wo wie lange welche Gebiete, Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen weiterbilden darf und überprüfen die Voraussetzungen bei spannenden Klinikbegehungen.“ Für ihn ergebe sich daraus eine „Win-Win-Situation“. „Ich muss mich vorbereiten, muss in meinen Gebieten aktuell und aufmerksam bleiben. Ich bin damit hautnah dran, Neues zu erfahren, kann dazulernen und werde kritisch informiert in den vielseitigen kollegialen Prüfungsgesprächen“, fasst Fellmann seine Motivation für die Ausschussarbeit zusammen.

Für **Hans-Jürgen Jegen**, Vorsitzender des WbA II, ist die Weiterbildungsordnung „eines der bedeutsamsten Instrumente der ärztlichen Selbstverwaltung“. Sie definiere versorgungsrelevante Weiterbildungsinhalte für das jeweilige Fachgebiet und die fachliche Eigenständigkeit der jeweiligen Disziplin. Für ihn ist es wichtig, „aus der täglichen Arbeit mit den Patienten Erfahrungen und Problemlösungskompetenzen in die Arbeit eines Weiterbildungsausschusses“ einzubringen. Ziel der Weiterbildung müsse es sein, eine Ergebnisqualität sicherzustellen, die - in seinem Falle - eine hochwertige allgemeinmedizinische Gesundheitsversorgung zur Folge hat. srd

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Übertragungsfehler



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.

Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet ein (geschätzt) jährlich auftretendes Ereignis:

Ein Patient wurde von einem Krankenhaus zur geriatrischen Frührehabilitation in ein anderes Haus verlegt. In der Medikationsliste des Arztbriefes stand das Neuroleptikum Haloperidol mit der Dosierung 20 mg am Abend. Dieses Medikament wurde auch in dieser Dosierung verabreicht. Erst danach fiel einem Kollegen die hohe Dosierung auf, der den zuständigen ärztlichen Kollegen darauf aufmerksam machte. Nach einem Telefonat mit dem vorbehandelnden Arzt stellte sich heraus, dass es sich um einen Übertragungsfehler (es wurde 20 mg statt 2 mg im Arztbrief notiert) seitens des Vorkrankenhauses handelte, der aber unkritisch weitergeführt wurde. Mit dem entsprechenden Wissen über neuroleptische Medikation hätte die extrem hohe Dosierung auffallen müssen.

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

Eine „Null“ zu viel oder zu wenig oder ein Komma übersehen – das ist ein klassischer Flüchtigkeitsfehler bei Arzneiverordnungen: 50 statt 5 oder 20 statt 2,0 – so oder ähnlich sehen die Ergeb-

nisse dieser Fehler aus, die typisch sind für Arbeiten unter Zeitdruck, Multi-tasking und ähnlichen Situationen, in denen Aufmerksamkeit geteilt werden muss.

Glücklicherweise vertrat der Patient die zehnfache Überdosierung und einem Mitarbeiter fiel die hohe Dosierung, die eher typisch für die Behandlung akuter psychotischer Erkrankungen ist, auf. Ein kurzes Telefonat klärte den Fehler im Verlegungsbrief auf.

Auch die Übernahme einer Vormedikation ist eine ärztliche Anordnung, die indiziert sein muss, in der richtigen Dosierung und Applikationsart und unter Berücksichtigung von Nebenwirkungen und Wechselwirkungsrisiken erfolgen muss. Insbesondere bei „fachfremder“ Medikation muss diese besonders geprüft werden.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Für die Überprüfung von Interaktionen benutzen mittlerweile viele Ärztinnen und Ärzte entsprechende **Applikationen** ihres Smartphones (**Arzneimitteldatenbanken** zum Überprüfen der Dosierung oder zum Interaktionsabgleich).

- Der **elektronische Abgleich der Medikation mit den Diagnosen** des Patienten ist ungleich schwerer, hier gibt es leider kaum etablierte Datenbanksysteme, die zudem mit den Patientendaten aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) verbunden sein müssen. Damit wäre in unserem Fall die Medikation aufgefallen, da sie zu keiner der Diagnosen des Patienten passte.

- In einigen Einrichtungen des Netzwerks wird bei der Aufnahme von Patienten die **Krankenhausapothek** eingebunden: Die vorherige Medikation bzw. ein Anamneseblatt wird an die Krankenhausapothek gesendet, wo die **Medikation geprüft** wird und **Medikamente gegebenenfalls auf die Hausliste umgestellt** werden.

- Es wird hoffentlich bald möglich sein, eine Vormedikation mittels des **Barcodes auf dem (ambulanten) Medikationsplan** direkt in das KIS zu übernehmen und damit auch direkt in eine elektronische Patientenkurve. Bei Patienten mit einer Vormedikation von mindestens drei Medikamenten können so Übertragungsfehler bei der Aufnahme vermieden werden, denn diese Patienten haben mittlerweile einen Anspruch auf die Ausstellung eines Medikationsplans.

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

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
03.11. und 04.11.2017	Qualifikation zum Transfusionsverantwortlichen und -beauftragten gemäß Hämotherapie-Richtlinie (sog. 16-Stunden-Kurs) in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin, der Charité - Universitätsmedizin Berlin und dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030/40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehe-noack@blutspende.de Tel: 030/80681-126 Teilnehmerentgelt: 150 €	16 P
08.11 und 29.11.2017 sowie 24.01.2018, 21.02.2018 und 14.03.2018	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 31)	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
E-Learning: 11.11. – 10.12.2017 Präsenztage: 01.12. (Potsdam), 11. – 12.12.2017 (Berlin) sowie 13. oder wahlweise 15.12. 2017 (Berlin)	„Transplantationsbeauftragter Arzt“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Modularer Fortbildungskurs in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Brandenburg sowie mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)	Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1208 E-Mail: A.Simon@aekb.de Teilnehmerentgelt: insgesamt für alle Module 550 €	40 P
17.11.2017	CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger (weitere Informationen s. S. 32)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	10 P
Teil A: 16.02. – 17.02.2018 Teil B: 16.03. – 17.03.2018 Teil C: 13.04. – 14.04.2018 Teil D: 25.05. – 26.05.2018 Zusatzmodul: Substitution mit Diamorphin, Termin auf Anfrage	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1301, -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 160 € je Modul	13 P je Modul
19.02.-21.02.2018	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
21.02.-23.02.2018	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
17.03.2018	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
12.04. – 14.04.2018 14.06. – 16.06.2018 30.08. – 01.09.2018 16.11.2018	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Organisation und Anmeldung: Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030 / 40806 1301; E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de	80 P

Verkehrsmedizinische Begutachtung - Qualifikation gemäß Fahrerlaubnisverordnung

gemäß dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer

In der Verkehrsmedizin wird die ärztliche Kompetenz zum individuellen Nutzen der Verkehrsteilnehmer und allgemein zur Erhöhung der Verkehrssicherheit eingebracht:

Im Rahmen des Behandlungsvertrags sind Ärzte verpflichtet, ihre Patienten zu beraten und aufzuklären, wenn Fahrsicherheit oder Fahreignung gefährdet sind.

Der modular aufgebaute Lehrgang wendet sich an alle Ärzte, die Interesse daran haben, ihre Kenntnisse in der Verkehrsmedizin zu erweitern.

Die Module I und II dienen der Erhöhung der verkehrsmedizinischen Kompetenz, damit Sie Ihre Patienten in allen die Fahrsicherheit und Fahreignung betreffenden Fragen besser beraten können. Für die Module I und II ist kein Facharzt-Status Teilnahmevoraussetzung.

Fachärzte, welche die gutachterliche Qualifikation für verkehrsmedizinische Gutachten im Falle von Fahreignungszweifeln erwerben wollen, besuchen die Module I bis IV.

Die Teilnahme an den Modulen I bis IV ist Voraussetzung zur Aufnahme in das Gutachterverzeichnis der Ärztekammer Berlin.

Termine:

Modul I, Basiswissen Verkehrsmedizin - Patientenaufklärung und Beratung:

17.04.2018

Modul II, Relevante Regelwerke für die verkehrsmedizinische Begutachtung:

E-Learning-Modul (Freischaltung Mitte März 2018)

Modul III, Verkehrsmedizinische Begutachtung: 18.04.2018

Modul IV, Spezielle Erkrankungen und Funktionsstörungen sowie

Kompensationsmöglichkeiten: 19.04. – 20.04.2018

Die Teilnahme an den Modulen I und II ist Voraussetzung für den Besuch der Module III und IV. Die Module I und II können auch einzeln gebucht werden.

Teilnehmerentgelt:

Modul I: 100 €, Modul II: 50 €, Modul III: 150 €, Modul IV: 300 €

Module I – IV: 600 €

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Spezialkurse im Strahlenschutz

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 23.11.2017, 09.00 - 17.00 Uhr

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 24.11.2017, 09.00 - 17.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet jeweils 155 €.

Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806 - 1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Anerkannt mit jeweils 9 Fortbildungspunkten.

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 und den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

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

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 - 21.15 Uhr

Herbstkurs 2017: 08.11.2017 und 29.11.2017

Frühjahrskurs 2018: 24.01.2018, 21.02.2018 und 14.03.2018

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt (gesamt): 550 €

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

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.

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

29.11.2017, 18:00 – 19:30 Uhr: Wie kann die Digitalisierung des Gesundheitswesens gelingen?

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

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: jeweils 50 €

Fortbildungspunkte: 2 Punkte

Weitere Informationen erhalten Sie 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.: 030/40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

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 Pflegender (RbP).

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner- aerzte.net!

Impfungen in der Praxis

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

Termin: 09.12.2017, 09.00 - 17.30 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

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

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

Teilnehmerentgelt: 100 €

Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen

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

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

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

Termine: E-Learning-Modul:

6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten zwischen 01.11. – 05.12.2017

Präsenztage:

06.12.2017 (14.00 - 19.15 Uhr)

08.12.2017 (09.00 - 16.30 Uhr)

09.12.2017 (09.00 - 16.00 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

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

(Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt)

Teilnehmerentgelt: 450 €

Mit Maß und Ziel

Die Frage „Ist maximale Medizin optimal?“ würden die meisten Ärzte heute eindeutig verneinen. Im Alltag ist das bewusste Weglassen jedoch oft eine schwere Aufgabe. Mitreißende Vorträge und interaktive Workshops zeigten beim 6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am 23. September Wege auf, mit denen es gelingen kann, Überdiagnostik und -therapie zu vermeiden.

Von Adelheid Müller-Lissner

Kann das denn sein: Wir bewahren „Keinen und traktieren 33 Menschen mit überzogener Diagnostik?“ Die Teilnehmer der Kleingruppe im Workshop „Medizinische Risikokompetenz“ schau- en sich ungläubig an. Die Psychologin PD Dr. rer. nat. **Odette Wegwarth** vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung hier in Berlin hat ihnen vor wenigen Minuten die Aufgabe gestellt, anhand der 2014 im „Lancet“ publizierten Follow-up-Ergebnisse der European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) der Frage nach- zugehen, wie viele von 1.000 Männern aufgrund eines PSA-Screenings vor dem Krebs- tod bewahrt werden können. Anhand der Informationen zum Studien- profil haben die Ärztinnen und Ärzte in der Kleingruppe hart gerechnet. Hart aber richtig. Sie können mit einem „Aha- Erlebnis“ in die Mittagspause gehen.

„Es ist immer zuträglich zu schauen, was hinter relativen Zahlen steckt“, sagt die Forscherin, die gemeinsam mit Professor Gerd Gigerenzer das Harding-Zentrum für Risikokompetenz aufgebaut hat.

„Relative Risiken sind populär, aber absolute Zahlen sind die Währung, die wir verstehen.“ Besonders auf der Hut sein müsse man, wenn Nutzen und Schaden einer Untersuchung in unterschiedlicher Währung dargestellt werden.

„Mismatched Framing“, so nennen das die Experten für Risikokompetenz.

Einen Schaden stellt zunächst selbstver- ständlich eine unnötige, aber mit Risiken behaftete Behandlung dar, die sich aus einem positiven Test ergeben kann. Im vorliegenden Beispiel etwa eine Pros- tatektomie. Wegwarth diskutierte mit

den Teilnehmern, dass allein die Mittei- lung eines positiven Testergebnisses Menschen kopflos machen könnte, ih- nen die Möglichkeit zum ruhigen Abwägen nimmt: „Die Ratio geht völlig verloren, die Patienten sind verängstigt.“

Schaden kann hier nicht zuletzt die Überzeugung anrichten, am Testergeb- nis bestehe kein Zweifel. Vor allem bei seltenen Erkrankungen oder Störungen ist diese Vorstellung von Sicherheit – so oder so – eine Illusion. Anhand der Messung der Nackentransparenz des Ungeborenen im Ultraschall zur Feststellung eines Down-Syndroms (das mit 25 von 10.000 bei Föten 30-jähriger Schwangerer eine Prävalenz von 0,25 hat), erarbeiteten die Workshop- Teilnehmer, wie häufig falsch-positive Ergebnisse vorkommen (499 von 10.000), und dass (in weit geringerem Maß) auch mit falsch-negativen Ergeb- nissen gerechnet werden muss.

Grundvoraussetzung für ein Screening ist dabei, dass die verwendete diagnosti- sche Methode eine hohe Sensitivität aufweist, also Kranke als krank erkennt. Dass möglichst kein Tumor übersehen wird, hat jedoch auch seinen Preis. Seit das Mammographie-Screening für alle gesunden Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eingeführt wurde, wird dieser Preis vermehrt auch in der Bevölkerung diskutiert. Zu Beginn waren die Informa- tionen, die den Frauen zusammen mit der Einladung zugesandt wurden, in die- sem Punkt ausgesprochen spärlich, was sich inzwischen geändert hat.

Im ganztägigen Kompakt-Workshop „Evidenzbasierte Medizin“ ging es auch

darum, wie gute Kommunikation zwi- schen Ärzten und Patienten über die Tücken der Diagnostik aussehen muss. Um die Darstellung der Vor- und Nachteile der Untersuchungen darf sich im Zeitalter des „Shared Decision Making“ selbstverständlich kein Arzt drücken. „Wir brauchen dafür die Angabe von Bezugsgrößen, von absolu- ten Risiko-Unterschieden, von natürli- cher Häufigkeit“, forderte der Internist und Gastroenterologe Dr. med. **Jan Kreutzkamp**. Außerdem müssen Sensiti- vität und Spezifität des Tests bekannt sein. Diese Größen muss zunächst der Arzt kennen. Denn erst daraus lässt sich berechnen, ob der Patient aufgrund des Testergebnisses eine bestimmte Erkran- kung hat oder nicht (in EbM-Sprache: positiv- beziehungsweise negativ-prä- diktiver Wert). Für das Gespräch mit dem Patienten sind einfache, anschauli- che mehrfarbige Grafiken nützlich.

Vor allem aber muss vor der Entschei- dung zu einer Untersuchung im Ge- spräch bereits geklärt sein, wie es da- nach weitergehen soll. Kreutzkamp machte das an den Stuhltests zur Darmkrebs-Früherkennung (FOBT und iFOBT) deutlich: Wenn der Weg einmal eingeschlagen ist, gibt es kein Zurück, denn bei einem positiven Ergebnis des Tests auf okkultes Blut kommt man kaum um eine Koloskopie herum. Umgekehrt lautet allerdings eine Empfehlung der Gastroenterologen in der Initiative „Klug entscheiden in der Inneren Medizin – Über- und Unterver- sorgung von Patienten vermeiden“, kei- nen Stuhltest durchzuführen, wenn zu- vor schon eine Darmspiegelung gemacht wurde. In der Initiative, die die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gemein- sam mit zwölf internistischen Schwer- punktgesellschaften ins Leben gerufen hat, spielen diagnostische Verfahren ei- ne entscheidende Rolle – auch solche, die heute zu häufig zum Einsatz kom- men: 13 der insgesamt 51 Negativ- Empfehlungen beziehen sich auf diag- nostische Maßnahmen, die man im kon- kreten Fall lieber bleiben lassen sollte. In einem Workshop, den der Kardiologe Prof. Dr. med. **Tobias Raupach** leitete,



Foto: Wiedl / ÄKB

Teilnehmende diskutieren im Workshop von Prof. Raupach.

wurde über praktische Beispiele diskutiert. Anders als in der amerikanischen „Choosing Wisely“-Initiative werden in den „Klug entscheiden“-Empfehlungen neben den Negativ-Empfehlungen auch Positiv-Empfehlungen gleichermaßen berücksichtigt, also solche, die trotz erwiesenem Nutzen zu selten eingesetzt werden. Anhand von Fallbeispielen wurde mit Hilfe der Empfehlungen der Fachgesellschaften für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Gastroenterologie in Kleingruppen über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Empfehlungen diskutiert. Jede Gruppe konzipierte einen Patienten, für den einige dieser Empfehlungen relevant sind. Diese Fallgeschichte wurde dann den Mitgliedern einer anderen Gruppe vorgestellt, die dann wiederum festlegte, welche Maßnahmen sie bei diesem

Patienten für indiziert hielten. Dabei zeigte sich, dass manche indizierte Maßnahmen zu selten und manche nicht indizierte Maßnahme zu häufig durchgeführt worden wären.

Wer über Diagnostik spricht, kann vom Bedürfnis nach Sicherheit nicht schweigen. „Wir streben nach 100 Prozent und haben Angst, etwas zu übersehen. Deshalb neigen wir zur Überdiagnostik“, so das selbstkritische Fazit im Vortrag von Kreuzkamp. Als eine goldene Regel zur weisen Selbstbeschränkung schlug seine Kollegin Dr. med. **Claudia Lucius** von der Poliklinik des Helios-Klinikums Berlin-Buch vor: „Miss nie, was Du nicht wissen willst!“

Wenn man allerdings etwas wissen möchte, sollte man auch einschätzen können, wie gut der jeweilige Test über-

haupt dazu in der Lage ist, es zu ermitteln. Studien, die sich mit diagnostischen Verfahren beschäftigen, sollten ein ausreichend breites Spektrum von Patienten berücksichtigen, die möglichst prospektiv rekrutiert wurden, sie sollten eine klare Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien und einen Überblick über den Studienablauf enthalten. Außerdem sollten sie bereits wiederholt oder zumindest replizierbar sein.

Die Berechnung von Sensitivität und Spezifität eines neuen Tests lässt sich am übersichtlichsten in einer Tafel mit den vier Feldern richtig-positiv, falsch-positiv, richtig-negativ, falsch-negativ darstellen. Über allem steht dabei der derzeit beste Referenztest, der über die Zuordnung zum jeweiligen Feld bestimmt. Idealerweise würde dieser Test

wissen, was wir alle gern wissen möchten: Wie es wirklich um den Patienten steht. „Das ist die Perspektive Gottes, der von oben guckt“, kommentierte Lucius.

Nun sind die Mediziner von heute nicht einmal mehr „Halbgötter“ in Weiß. Sie können allein auf Erfahrung und sauberes Wissen bauen. Als Ärztekammer habe man auch die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass sie gute Arbeit machen können, hatte Kammerpräsident Dr. med. **Günther Jonitz** in seiner Begrüßung betont. Und man sei glücklich, das beim Fortbildungskongress in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) tun zu können, „einem der Kleinodien der Selbstverwaltung“.

In seiner Einführung zählte dann AkdÄ-Präsident Prof. Dr. med. **Wolf-Dieter Ludwig** einige der Eigenschaften auf, die heute einen guten Arzt ausmachen: Er müsse aussagekräftige Ergebnisse klinischer Studien unabhängig interpretieren können, seine Patienten darüber vernünftig informieren, priorisieren, ohne das mit rationieren zu verwechseln und nicht zuletzt auf dieser Grundlage zu ausgewogenen Entscheidungen für das Handeln oder Nicht-Handeln kommen.

In einem temperamentvollen und mitreißenden Vortrag verdeutlichte Prof. Dr. med. **Winfried Kern** vom Zentrum für Infektiologie und Reisemedizin der Uniklinik in Freiburg, welche verheerenden Auswirkungen „maximale“ Medizin beim Einsatz von Antibiotika haben kann: „Vor allem im asiatischen Raum wurde inzwischen ein unvorstellbarer Level an Resistenzen erreicht, das bedroht den Fortschritt der Medizin.“ Selbst in Deutschland, das in dieser Hinsicht keineswegs einen Spitzenplatz einnimmt, erhalten nach Kerns Angaben 40 bis 50 Prozent der Bürger pro Jahr mindestens eine Dosis eines Antibiotikums. Vor allem aber werden oft die falschen Mittel gegeben: „30 Prozent aller Antibiotika-Verordnungen im Klinikbereich sind optimierbar.“ So würden noch immer zu häufig Cephalosporine statt Penicillin eingesetzt. Auch gegen

Preventing Overdiagnosis 2017: Präsentationen online

Unter dem Motto „Towards Responsible Global Solutions“ fand vom 17. bis 19. August 2017 in Quebec die 4. internationale Konferenz zum Thema Überdiagnosen vermeiden statt. Hier sind die Präsentationen online zu finden:

http://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=1545

die Empfehlungen der einschlägigen Leitlinien.

Prof. Dr. med. **Petra Thürmann**, Direktorin des Instituts für Klinische Pharmakologie am Klinikum Wuppertal und Lehrstuhlinhaberin in Witten-Herdecke, beklagte in ihrem Vortrag einen weiteren Bereich, in dem immer noch oft „maximal“ statt „optimal“ behandelt wird: Die Verordnung von Medikamenten im höheren Lebensalter. Trotz guter Anhaltspunkte durch die PRISCUS-Liste werde multimorbiden Hochbetagten immer noch zu viel Verschiedenes verschrieben, ohne auf Interaktionen der Arzneimittel zu achten.

Teilweise mag die Angst vor Abweichung von Leitlinien und ihren möglichen juristischen Folgen der Grund dafür sein. Angst ist allerdings bekanntlich ein schlechter Ratgeber – und sie ist unnötig, wenn der Arzt dokumentiert, warum er im Einzelfall von einer Leitlinie abgewichen ist. „Leitlinien sind das Bestmögliche von der Stange; der Hausarzt muss einen Maßanzug daraus machen“, riet Kammerpräsident Jonitz. Weil beim wichtigen Thema „De-Prescribing“ – bewusstes Absetzen von Medikamenten – immer noch immer eine sehr große Evidenzlücke klafft, wie Thürmann berichtete, führt am Maßanzug ohnehin oft kein Weg vorbei.

Solche Lücken klaffen nicht selten auch bei den neuen Arzneimitteln, die laut Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) gegenüber der Standardtherapie einen erkennbaren Zusatznutzen aufweisen müssen, wenn der Hersteller einen höheren Preis für sie ansetzt. „Mit dem Narrativ ‚neu ist gleich besser‘ sind

auch Sie in der Kommunikation mit Ihren Patienten konfrontiert“, so leitete Dr. rer. nat. **Beate Wieseler**, Ressortleiterin Arzneimittelbewertung am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), ihren spannenden Vortrag ein.

Das IQWiG untersucht anhand der eingereichten Unterlagen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), ob „neu gleich besser“ im konkreten Fall zutrifft. Allerdings konnte bei 57 Prozent der neuen Mittel, die bis März dieses Jahres unter die Lupe genommen wurden, ein solcher Zusatznutzen nicht erkannt werden. (Informationen dazu sind unter www.gesundheitsinformation.de und auf den Webseiten von IQWiG und AkdÄ zu finden.) Wirklich spannend aber ist, dass in vielen Fällen nur zusätzliche, nicht veröffentlichte Unterlagen, die das IQWiG von den Herstellerfirmen eigens anforderte, Klarheit schaffen konnten. Wieseler nannte als Beispiel Studien zum Diabetes-Mittel Linagliptin.

„Durch das AMNOG haben wir hier einen echten Informationsgewinn, können Verzerrungen in der Darstellung der Studienergebnisse erkennen“, resümierte Wieseler. „Wir werden international um das IQWiG beneidet“, berichtete anschließend Kammerpräsident Jonitz. Keine schlechte Voraussetzung, wenn man optimale statt maximaler Medizin anstrebt.

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wirtschaftsjournalistin

Diskussionen um die sektorübergreifende Versorgung und neue DV-Wahlordnung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 27. September 2017

Die September-Sitzung der Delegiertenversammlung wurde vor allem von zwei Themen bestimmt: Die Neufassung der Wahlordnung zur Delegiertenversammlung und die sektorübergreifende Patientenversorgung in Berlin. Beides wurde sehr ausgiebig und sachorientiert diskutiert.

Von Sascha Rudat

Zu Beginn der Sitzung wies Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) auf einige Tischvorlagen hin. Dazu gehörte unter anderem ein gemeinsam erarbeitetes Thesenpapier der Liste Allianz Berliner Ärzte und der Liste Hausärzte in Berlin zum Thema „Sektorübergreifende Notfallversorgung in Berlin der im niedergelassenen Bereich tätigen Ärzte in Berlin“. Jonitz erklärte, dass sich der Vorstand darauf verständigt habe, eine „Unterarbeitsgruppe“ einzurichten, die sich nun mit dem Thema näher befasst. Anschließend soll ein konsentiertes Thesenpapier in der DV vorgestellt und beschlossen werden. Die sektorübergreifende Notfallversorgung war Thema der vorherigen DV-Sitzung gewesen, in welcher der Krankenhausausschuss ein Thesenpapier dazu vorgestellt hatte.

Anschließend berichtete Vorstandsmitglied Uwe Torsten (Hartmannbund) von seiner Teilnahme an der ersten Sitzung des wissenschaftlichen Beirats des gemeinsamen klinischen Krebsregisters Berlin-Brandenburg am 14. September. Das Gemeinsame Krebsregister war im April 2016 ins Leben gerufen worden. Wie Torsten erzählte, habe es zum Datenschutzkonzept umfangreiche Diskussionen gegeben. Hintergrund waren die immer zahlreicher werdenden Anträge auf Datenherausgabe zur Forschungszwecken. Bisher sei die Herausgabe anonymisierter Daten für die Versorgungsforschung möglich gewesen. Eine neugegründete Arbeitsgruppe soll sich nun mit

der Frage beschäftigen, wie Versorgungsforschung zu definieren sei und wem die hochsensiblen Daten künftig zur Verfügung gestellt werden sollen.

Im Anschluss hatten die Delegierten die Aufgabe, über den Tätigkeitsbericht 2016 der Ärztekammer Berlin abzustimmen. Er wurde einstimmig bei einer Enthaltung angenommen. Ebenfalls einstimmig mit einer Enthaltung wurden die Nachwahlen von Weiterbildungsprüfern sowie Nachwahlen im Fortbildungsausschuss verabschiedet. Die Nachwahl von Prüfern für Fachsprachprüfungen wurde einstimmig angenommen.

Heißes Eisen Wahlwerbung

Im nächsten Jahr wird die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin neu gewählt. Aus diesem Grund wurde den Delegierten eine Neufassung der Ordnung für die Wahl zur Delegiertenversammlung zur Abstimmung vorgelegt. Wie Abteilungsleiter Christoph Röhrig erläutert, gibt es in der Neufassung eine Reihe von Anpassungen, die notwendig seien, um „eine saubere Rechtsgrundlage“ zu bekommen. In diesem Zusammenhang wies er auf § 17 der Wahlordnung – neu – (Unterstützung der kammerpolitischen Willensbildung) als eine zentrale Norm der Neufassung hin. Die Ärztekammer Berlin könne nunmehr die politische Arbeit der Listen der Delegiertenversammlung unterstützen.



Außerdem sei es der Ärztekammer Berlin damit gestattet, Daten der Kammermitglieder an die Wahlvorschläge herauszugeben. Ziel solle es sein, die Wahlbeteiligung zu erhöhen, betonte Röhrig.

Auf Nachfrage von Anja Dippmann (Marburger Bund) erläuterte er, dass sich die Änderung an entsprechende Regelungen in den Meldegesetzen anlehne, wonach die politischen Parteien gegenüber den Melderegistern einen Anspruch auf Auskunftserteilung für Zwecke der Wahlwerbung haben. Die zugelassenen Wahlvorschläge hätten damit einen Anspruch gegen die Ärztekammer Berlin auf Herausgabe der Daten unter bestimmten Bedingungen und für klar definierte Zwecke. Er betonte zugleich, dass die Kammermitglieder der Herausgabe ihrer Daten widersprechen können.

Klaus Thierse (Marburger Bund) fragte nach, warum die Kammer nicht wie bisher die Wahlwerbung für die Wahlvorschläge versenden könne. Es sei nicht einfach, leistungsfähige Dienstleister zu finden, die diese Aufgabe für die Kammer übernehmen können, so Röhrig. Deshalb sei die Lösung auch nicht mehr wirklich tragfähig. Kammergeschäftsführer Michael Hahn ergänzte, dass mit der Neufassung auch eine gewisse Gleichförmigkeit mit den Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gegeben sei.

Daraufhin äußerte Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) Kritik an dem neuen Verfahren. Die Einhaltung des Datenschutzes würde damit den Wahlvorschlägen obliegen. Dies sei insbesondere für kleinere, neue Wahlvorschläge schwer zu gewährleisten. Matthias Lohaus

(Allianz Berliner Ärzte) stimmte Veelken zu und plädierte dafür, dass die Wahlvorschläge wählen können, ob sie die Daten erhalten oder die Wahlwerbung über die Kammer verschicken lassen wollen. Christoph Röhrig erklärte dazu, dass es im Rahmen der Neuregelung weiterhin möglich sei, die Mitgliedsdaten der Kammermitglieder für die Wahllisten zu selektieren.

Nachdem die Delegierten weiter über das Thema Datenschutz diskutiert hatten, meldete sich Michael Hahn zu Wort und hob hervor, dass eine Reihe von Listenvertretern vor der letzten Wahl den Wunsch hätten, die Daten der Kammermitglieder zu erhalten, um selbst selektieren zu können. Diesem Wunsch wolle man mit der Neuregelung Rechnung tragen. Offenbar würde dies jetzt aber anders betrachtet. Er betonte zugleich, dass eine Selektion durch die Kammer weiterhin möglich sein werde.

Kammerpräsident Jonitz erklärte, dass es in den vergangenen Jahrzehnten nie einen Missbrauch bei der Wahlwerbung gegeben habe, regte aber an, die vorliegende Drucksache im Ältestenrat noch einmal zu diskutieren. Kammervizepräsidentin Regine Held (Allianz Berliner Ärzte) betonte, dass das in der Vergangenheit praktizierte Verfahren sehr aufwändig und kompliziert gewesen sei, und sprach sich deshalb dafür aus, die Drucksache abzustimmen.

Nachdem die Diskussion um das Thema Datenschutz noch weitergeführt wurde, stellte Jonitz die Drucksache schließlich zur Abstimmung. Die neue Wahlordnung wurde einstimmig bei vier Enthaltungen angenommen.

Die Zukunft der Versorgung in Berlin

Im Anschluss stellte Vorstandsmitglied Thomas Werner (Marburger Bund), ein Thesenpapier mit Empfehlungen für eine sektorübergreifende Patientenversorgung in Berlin vor. Dieses Papier war vom Krankenhausausschuss, dessen Vorsitzender Werner ist, verfasst worden. In der vorherigen Sitzung der DV hatte Werner

bereits ein Papier zur sektorübergreifenden Notfallversorgung vorgestellt, das umfassend diskutiert worden war.

„Das ist keine Checkliste, sondern erst einmal eine Wunschliste“, sagte Jonitz einleitend. „Es sind die Basics, die wir im Rahmen einer Zielvorstellung formuliert haben“, führte Werner weiter aus. Man sei im Krankenhausausschuss fast ein Jahr damit beschäftigt gewesen und habe kontroverse Diskussionen geführt. Er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass im Krankenhausausschuss auch niedergelassene Ärzte vertreten seien.

In seiner Präsentation ging Werner auf die aus Sicht des Krankenhausausschusses erforderlichen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und die notwendigen strukturellen Veränderungen der sektorübergreifenden Versorgung ein. Er thematisierte auch das Qualitäts- und Risikomanagement, die intersektorale Kommunikation sowie das Einweisungs- und Entlassmanagement.

Die anschließende Diskussion nahm einen ähnlichen Verlauf wie die Diskussion über das Thesenpapier zur Notfallversorgung. Matthias Lohaus bezeichnete das Thesenpapier als „schönen Wunschzettel“. Viele der genannten Dinge seien nicht finanzierbar, weshalb sich eine umfassende Diskussion in der DV erübrige.

Roland Urban (Allianz Berliner Ärzte) vermisste die Thematisierung der Problematik des Off-Label-Use von Medikamenten. Außerdem sei er überrascht, wie wenig auf die Frage der Datensicherheit eingegangen werde. „Insgesamt ist das aber ein gut gemeinter Ansatz“, erklärte er. Thomas Werner zeigte sich über die Anregungen erfreut und sagte, dass man sie aufnehmen werde.

Kammerpräsident Jonitz begrüßte das Papier ausdrücklich und unterstrich, wie wichtig eine eindeutige öffentliche Positionierung der Ärzteschaft sei, was für eine gute Patientenversorgung notwendig ist.

Vorstandsmitglied Harald Mau (Allianz Berliner Ärzte) regte an, das vorliegende Papier zur sektorenübergreifenden Patientenversorgung und das bereits vor-



Thomas Werner bei der Präsentation des Thesenpapiers.

gestellte Papier zur sektorübergreifenden Notfallversorgung zusammen zu diskutieren. Unabhängig davon sei es seiner Ansicht nach notwendig, die Zahlen im Papier, zum Beispiel zu den Notfällen in Berlin, zu überprüfen.

Raimund Ordyniak (Marburger Bund) hielt es für sinnvoller, den weiteren Umgang mit dem Papier zu erörtern als sich in Detailfragen zu verlieren. Diese Aufforderung hielten die Delegierten aber nicht davon ab, weiter einzelne Punkte zu diskutieren bzw. auf Dinge hinzuweisen, die aus ihrer Sicht in dem Thesenpapier fehlten.

Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) bedankte sich beim Krankenhausausschuss für die geleistete Arbeit und betonte, dass solche Positionierungen und das Ringen um eine gemeinsame Linie für sie der Grund seien, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren. Thomas Werner dankte wiederum zum Abschluss den Delegierten für die konstruktive und spannende Diskussion. Er freue sich darauf, dass das Papier weiterentwickelt werde.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet am Mittwoch, **15. November 2017** um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt. Die Sitzung ist wie immer kammeröffentlich.

Ärzteversorgung: Erneuter Anstieg der Renten und Anwartschaften um 0,5 %

Bericht von der Sitzung der Vertreterversammlung der Berliner
Ärzteversorgung am 28. September 2017

Im Mittelpunkt der Herbstsitzung der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) stand wie immer der Jahresabschluss. Der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, präsentierte zum inzwischen sechsten Mal die Bilanz. Auch in kapitalwirtschaftlich schwierigen Zeiten ist aufgrund eines guten Ergebnisses wieder eine Dynamisierung der laufenden Renten und Anwartschaften möglich: Einstimmig beschloss die Vertreterversammlung eine Erhöhung um 0,5 % zum 1. Januar 2018. Zudem konnte die Zinsschwankungsreserve erneut deutlich aufgestockt werden.

Von Sascha Rudat

Helmut Mälzer (Liste Allianz) stellte in seiner Präsentation zum Jahresabschlusses 2016 zunächst die Kennzahlen der Mitgliederentwicklung dar: Die Zahl der Rentenanwärter ist auf 29.326 gestiegen. (2015: 28.533). Von diesen neu hinzugekommenen 793 Anwärtern entfallen 347 (43,8 %) auf beitragsfreie und 446 (56,2 %) auf beitragspflichtige Mitglieder. Die Zahl der Rentner kletterte um 5,7 % auf 7.267. Der Frauenanteil der BÄV-Mitglieder steigt weiter, von 51,5 % im Jahr 2015 auf 51,8 % im vergangenen Jahr. Bei den Berufseinsteigern liegt der Frauenanteil inzwischen sogar bei rund zwei Dritteln. Mälzer führte weiter aus, dass sich die Zahl der Überleitungen in die Berliner Ärzteversorgung nach wie vor sehr erfreulich entwickelt: Es gab einen deutlich positiven Wanderungssaldo, d. h. mehr Zugänge aus anderen Versorgungswerken (503) als Abgänge (309).

Dann skizzierte Mälzer die Entwicklung der Leistungsausschüttungen: Die Zahlungen für Versicherungsfälle stiegen um 8,6 % von 177,6 Millionen im Jahr 2015 auf 192,8 Millionen Euro im vergangenen Jahr. Die Altersrenten machten dabei einen Anteil von 79,9 % (154,2 Millionen Euro) aus, gefolgt von

Witwen- und Witwerrenten mit 7,9 % (15,2 Millionen Euro) und Berufsunfähigkeitsrenten mit 2,8 % (5,4 Millionen Euro). Auf positive Resonanz stößt die neugeschaffene Altersteilrente: 110 Mal wurde diese Möglichkeit, Teilrentenbezieher und zugleich noch berufstätige/r Ärztin/Arzt zu sein, 2016 in Anspruch genommen. „Das finde ich klasse“, betonte Mälzer.

Die Beitragseinnahmen sind Mälzers Angaben zufolge um 6,1 % auf nun rund 311 Millionen Euro gestiegen. Bei den Versorgungsabgaben wuchs der Anteil der Gruppe mit Zahlungen oberhalb des 1,0-fachen Beitragssatzes deutlich (bezogen auf die jeweils einschlägige West- bzw. Ost-Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung) und zwar auf 15,7 % (2015: 15,2 %). Das heißt, diese Mitglieder zahlen freiwillig mehr ein als sie müssten.

Zum wiederholten Mal in Folge ist der Verwaltungskostensatz gesunken: Von 1,04 % im Vorjahr auf 0,92 %. Damit konnte das im vergangenen Jahr genannte Ziel erreicht werden. „Es ist klasse, was da geleistet wird“, lobte Mälzer. Auf Nachfrage von Julian Veelken (Fraktion Gesundheit), wie hoch die

Verwaltungskosten in absoluten Zahlen seien, erklärte Wolfgang Tabeing, Geschäftsführer der VGV Verwaltungsgesellschaft für Versorgungswerke, dass der Kostensatz 2016 rund 2,86 Millionen Euro betragen habe. Allerdings machten sich dabei – wie auch in den kommenden Jahren – Sondereffekte durch eine Verwaltungsgemeinschaft mit anderen Versorgungswerken bemerkbar. VGV-Geschäftsführer Martin Reiss gab zu bedenken, dass die Verwaltungskosten durch die immer komplexeren Aufgaben künftig nicht sinken werden. Dies sei auch darauf zurückzuführen, dass es immer schwieriger werde, qualifiziertes Personal am Arbeitsmarkt zu finden. Dies betreffe vor allem Spezialisten im Kapitalanlagebereich und in der EDV.

Kapitalanlagebestand klettert weiter

Der Kapitalanlagebestand stieg im Berichtsjahr von 7,163 Milliarden auf nunmehr 7,567 Milliarden Euro. Die Nettoverzinsung, die auch außerordentliche Positionen wie Zu- und Abschreibungen umfasst (die im Berichtsjahr nicht anfielen), sank von 4,08 auf 4,06 %. Aufgrund dieses – mit Blick auf die schwierigen Rahmenbedingungen an den Finanz- und Kapitalmärkten – weiterhin sehr positiven Ergebnisses konnte der Rechnungszins, der dem Leistungsversprechen der Berliner Ärzteversorgung gegenwärtig zu Grunde liegt, wieder bei 4,0 % gehalten werden.

Die Sicherung des Rechnungszinses wird auch künftig das zentrale Thema der Entwicklung des Versorgungswerkes bleiben. Für den Ausgleich über mehrere Jahre hinweg ist daher die Bildung von ausreichenden Reserven notwendig. Wie Helmut Mälzer ausführte, reichen die Zinsschwankungsreserve und die Sicherheitsrücklage zusammen für rund vier Jahre aus, um bei einem Kapitalergebnis mit einer Nettoverzinsung von 2,0 % auf den Rechnungszins von 4,0 % auffüllen zu können. „Wir fahren auf Sicherheit, um schlechte Jahre ausgleichen zu können“, ergänzte Mälzer.

Vom Rohüberschuss in Höhe von 137,5 Millionen Euro konnten der Zinsschwankungsreserve im Berichtsjahr 62,1 Millionen Euro zugeführt werden. Der Gesamtbestand der Zinsschwankungsreserve betrug damit zum 31.12.2016 rund 607,5 Millionen Euro (Vorjahr: 545 Millionen Euro). Aus dem verbleibenden Rohüberschuss von 75,5 Millionen Euro konnten zudem der Sicherheitsrücklage im Jahr 2016 rund 1,9 Millionen Euro zugeführt werden (Gesamtrücklage damit 55,3 Millionen Euro). 73,6 Millionen Euro wurden der Gewinnrückstellung zugeführt, die damit zum 31.12.2016 insgesamt 81,6 Millionen Euro betrug.

Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss schlugen der Vertreterversammlung deshalb vor, mittels dieser Rückstellung die Anwartschaften (39,4 Millionen Euro) sowie die Renten und Kinderzuschüsse (15 Millionen Euro) um jeweils 0,5 % zu erhöhen. Die restlichen 27,2 Millionen Euro sollten ins nächste Jahr vorgetragen werden.

Prüfbericht ohne Fehl und Tadel

Anschließend stellten die beiden Vertreter der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Baker Tilly ihren Prüfbericht vor. Wie in den Vorjahren konnte ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk erteilt werden, da die Ordnungsmäßigkeit des Jahresabschlusses festgestellt worden war. „Es hat keinerlei Beanstandungen gegeben“ erklärten die Prüfer zum Abschluss ihres Berichts.

Zinsschwankungsreserve wächst weiter

Auf Nachfrage des Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Elmar Wille (Liste Allianz), erläuterten die Prüfer zunächst die rechtlichen Grundlagen der Reservenbildung in der Berliner Ärzteversorgung. Julian Veelken erklärte sodann in der anschließenden Diskussion, dass er, unbeschadet seiner an sich bestehenden Vorbehalte gegen Dynamisierungen in zinsschwachen Zeiten, der vorgeschlagenen Dynamisierung der Renten und Anwartschaften zustimmen

Deutsche Rentenversicherung (DRV) versus BÄV

Fall: Geburtstag 01.01.1952, Rentenbeginn 01.07.2017, Eintrittsalter 30, Beitragszahlungsdauer 35,5 Jahre (Pflichthöchstbetrag West)

DRV monatlicher Rentenanspruch: **2.137 EUR**

BÄV monatlicher Rentenanspruch: **3.514 EUR**

Die Leistungen der Berliner Ärzteversorgung liegen somit deutlich über denen der Deutschen Rente Bund.

werde; die Zuführung zur Zinsschwankungsreserve sei in Relation zu dieser Dynamisierung immer noch hoch. Helmut Mälzer betonte: „Es ist unsere klare Strategie, die Zinsschwankungsreserve weiter zu erhöhen.“ Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) ergänzte: „Es ist schon bemerkenswert, dass wir so solide dastehen. Da möchte ich einfach mal Danke sagen.“

In der abschließenden Abstimmung verabschiedeten die VV-Mitglieder den Jahresabschluss 2016 und entlasteten den Verwaltungs- und den Aufsichtsausschuss (beides einstimmig). Der Vorschlag der Verwaltungs- und Aufsichtsausschüsse über die Verwendung der Gewinnrückstellung wurde in der anschließenden Abstimmung ebenfalls einstimmig angenommen.

Bewegung in der Rechtsprechung

Im Anschluss kam Elmar Wille auf das Dauerthema „Befreiung von der Gesetzlichen Rentenversicherungspflicht“ zu sprechen. „Es bewegt sich da einiges“, zeigte er sich erfreut. Er wies zunächst darauf hin, dass im neuen Heilberufekammergesetz voraussichtlich eine klare Definition der ärztlichen Berufsausübung zu finden sein werde. Diese Definition greife das weite Verständnis der Berufsausübung auf, so wie es von der Verwaltungsgerichtsrechtsprechung geprägt worden sei und wie es bereits im Kammerersatzrecht hinterlegt sei. Die Definition werde bei kommenden Streitigkeiten mit der Deutschen Rente Bund (DRV) sicher helfen, so Wille. „Es lohnt sich manchmal,

beharrlich zu sein.“ Er wies weiter auf einen Beschluss des Bundessozialgerichts (s. BERLINER ÄRZTE 10/2017, S. 32f.) in einem Befreiungsverfahren eines ärztlichen Unternehmensberaters hin. Mit dem Beschluss, den Abteilungsleiter Christoph Röhrig kurz erläuterte, hatte das Bundessozialgericht eine Revisionsbeschwerde der DRV gegen ein vorangegangenes landessozialgerichtliches Urteil bereits aus formalen Gründen verworfen. Damit, so Wille, sei das Urteil des Landessozialgerichts, mit dem die DRV zur Befreiung des betroffenen Arztes von der Rentenversicherungspflicht auferlegt worden war, rechtskräftig in der Welt. Das tue der ärztlichen Sache gewiss gut.

VGW-Geschäftsführer Martin Reiss gab abschließend einen Überblick zur bisher erfreulichen Entwicklung in der Rechtsprechung und ergänzte: „Wir werden ein spannendes letztes Quartal bekommen.“ Das Bundessozialgericht habe angekündigt, in diesem Jahr noch zwei anhängige Revisionsverfahren zu terminieren.

Der dargestellte Beschluss des Bundessozialgerichts lasse noch keine gesicherte Einschätzung zu, wie diese Verfahren, die sich nicht allerdings nicht um Ärzte, sondern um einen Tierarzt und einen Apotheker drehen, ausgehen. Die Rechtsfrage sei aber identisch, so dass diese Urteile eine direkte Auswirkung auf den ärztlichen Bereich haben werden. „Dann werden wir sehen, ob das Bundessozialgericht bekräftigt, dass es auf kammer- und versorgungsrechtliche Normen ankommt“, erklärte Reiss abschließend.

srd

„Statistisch signifikant“ ist nicht genug



Von Hans-Hermann Dubben im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM – www.ebm-netzwerk.de)

In der medizinischen Forschung sind statistische Signifikanztests sehr verbreitet. 16% aller Abstracts und 55% aller full papers in Pubmed berichten p-Werte. In 96% dieser Publikationen gibt es mindestens ein „statistisch signifikantes“ Ergebnis. Heißt das, dass in 96 von 100 Studien etwas Wichtiges herauskommt? Leider nein. Es ist eher ein Indiz, dass im Wissenschaftsbetrieb etwas nicht stimmt. In einem Review [1] wurde gezeigt, dass bis zu 89% von Studien mit „statistisch signifikantem“ Ergebnis, nicht replizierbar waren. Diese replication crisis ist ein großes ethisches, wissenschaftliches und wirtschaftliches Problem. Das Wort „signifikant“ heißt in etwa „bedeutsam“. Das Ergebnis einer Studie, egal ob positiv oder negativ, ist aber nur bedeutsam, wenn die Fragestellung bedeutsam war. Diese Bedeutsamkeit muss der klinische Forscher vor der Studie belegen. Die Deklaration von Helsinki verpflichtet ihn dazu. Sie untersagt bedeutungslose Experimente am Menschen. Das Attribut „statistisch signifikant“ heißt lediglich „aus statistischer Sicht bedeutsam“. Für wen und inwiefern das Ergebnis relevant ist, steht auf einem ganz anderen Blatt.

Angenommen, ein Forscher untersucht, welche der Therapien A und B die bessere ist (z.B. welche die höhere Ansprechrate hat); und die Patienten mit Therapie A zeigen das bessere Ergebnis. Daraus kann er nicht schließen, dass Therapie A grundsätzlich besser ist. Er muss noch ein paar Fragen mehr abwägen: Kann das Ergebnis Zufall sein? Inwieweit kann er systematische Fehler seiner Studie ausschließen? Was spricht dafür und was spricht dagegen, dass Therapie A die Ursache für das bessere Ergebnis ist? Erst danach kann der Forscher mit größerer Sicherheit, aber niemals mit Gewissheit, die Wirksamkeit einschätzen.

Kann es Zufall sein?

Replizieren – auch Reproduzieren oder schlicht Wiederholen genannt – ist ein wichtiges Merkmal von Wissenschaftlichkeit und entscheidendes Abgrenzungsmerkmal gegen Pseudowissenschaften. Ob ein Experiment replizierbar ist, erfährt man streng genommen nur durch replizieren. Statistische Signifikanztests sind der Versuch, den Daten eines Experimentes oder einer Studie zu entlocken, mit welcher Wahrscheinlichkeit sie auf Zufall beruhen könnten.

Die Ergebnisse der obigen Studie mögen 70% für A und 60% für B lauten. Mit der Annahme, dass Therapie A und B eigentlich gleich wirksam sind (das ist die altbekannte Nullhypothese), kann der Statistiker die Wahrscheinlichkeit ausrechnen, mit der das Ergebnis 70% : 60% zufällig auftritt. Diese Wahrscheinlichkeit heißt „p-Wert“. Sie ist ausschließlich eine Aussage über das Ergebnis. Der p-Wert ist nicht die Wahrscheinlichkeit, mit der die Nullhypothese wahr ist. Um einen weitreichenden Trugschluss aufzuzeigen, dasselbe noch einmal in Kurzform:

A.) Wenn die Nullhypothese wahr ist, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit (der p-Wert), dass das Ergebnis „70% : 60%“ zufällig eintritt, 4%. (Wie die 4% berechnet wurden ist kein Geheimnis, soll uns jetzt aber nicht interessieren.)

Viele Forscher folgern daraus:

B.) Wenn das Ergebnis „70% : 60%“ tatsächlich eingetreten ist, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese wahr ist, 4%. (Und weiter: die Wahrscheinlichkeit, dass die Nullhypothese nicht wahr ist, und Therapie A und B unterschiedlich wirksam sind, beträgt $100\% - 4\% = 96\%$).

Dieses Argument ist falsch. In einem Kontext, in dem wir uns alle sicherer fühlen, fällt das schnell auf:

A.) Wenn uns ein Mensch begegnet, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass es zufällig ein Mann ist, 50%.

Wenn die obige Folgerung vieler Forscher richtig ist, dann ist auch diese richtig:

B.) Wenn wir tatsächlich einem Mann begegnen, dann beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass er ein Mensch ist, 50%.

Die zweite Argumentation ist analog zur ersten. Beide sind falsch. Das ist lange bekannt [2]. Es ist keine Haarspalterei, auf diese logische Fehlleistung hinzuweisen. Sie hat weitreichende Konsequenzen [3-8] und trägt maßgeblich zur replication crisis bei.

Ein weiterer logischer Fehler ist es, Ergebnisse für replizierbar zu halten, nur weil der p-Wert kleiner ist als z.B. 5%, zumal dieses so genannte „Signifikanzniveau“ völlig willkürlich gewählt ist [9].

Der p-Wert ist relativ einfach zu berechnen und lässt Datenanalysen besonders wissenschaftlich und mathematisch exakt erscheinen. Das könnte die Beliebtheit des p-Wert-Rituals erklären. Der p-Wert allein beantwortet die wichtige Frage nach Zufall und Replizierbarkeit nicht [10]. Dazu müssen weitere Größen wie die Power der Studie und die Vortestwahrscheinlichkeit in Betracht gezogen werden [2, 5, 7, 8, 11].

Inwieweit kann ein systematischer Fehler der Studie ausgeschlossen werden?

Nehmen wir mal an, das Ergebnis sei nach reiflicher Überlegung sehr wahrscheinlich nicht zufällig. Dann besteht

Hoffnung, dass es tatsächlich auf den getesteten Therapien beruht. Trotzdem sollte man seine Daten – oder die Publikation, die man gerade liest – auf systematische Fehler abklopfen. Schließlich ist die Auswahl groß. Es gibt über 235 Arten von Bias, Fehlern und Verzerrungen in Studien [12]. Welche können in einer bestimmten Studie eine Rolle spielen? Welche kann man ausschließen, weil die Studienleitung belegbar wirksame Gegenmaßnahmen ergriffen hatte? Besteht die Möglichkeit der Manipulation? „Statistische Signifikanz“ verrät uns nicht die Ursache für die besseren Ergebnisse in Gruppe A. Am Ende einer Studie wissen wir zunächst nur, dass in der einen Gruppe irgendetwas zu besseren Resultaten führte.

Was spricht dafür, dass Therapie A die Ursache für das bessere Ergebnis ist?

Was spricht für eine Kausalbeziehung zwischen der Therapie und dem Ergebnis? Bei dieser Frage ist eine Liste von Kriterien aus der epidemiologischen Forschung [13] sehr hilfreich. Trotz der (endlosen) philosophischen Tiefen des Begriffs Kausalität, wird pragmatisch gefragt: Wenn Ereignis E (Auftreten einer Krankheit oder Heilung von einer Krankheit) und Merkmal M (Umweltfaktor oder eine Intervention) miteinander assoziiert sind oder korrelieren - unter welchen Umständen dürfen wir dann an einen Kausalzusammenhang glauben (jedenfalls solange uns keine neuen Erkenntnisse wieder zweifeln lassen)? Folgendes sollte bedacht werden [13]: Wie groß ist der Effekt? Wurde das Ergebnis von anderen Forschergruppen, an anderen Orten und auch unter anderen Rahmenbedingungen repliziert? Gibt es eine Dosis-Effekt-Beziehung? Gibt es eine plausible, z.B. biologische Erklärung für den mutmaßlichen Kausalzusammenhang? Wenn ja, dann ist das sehr ermutigend. Wenn nein, dann sollte man das nicht überschätzen, denn Plausibilität hängt vom jeweiligen zeitgenössischen Wissen ab. Passen die Erkenntnisse aus Experimenten mit Zellen, Mäusen, Men-

schen widerspruchsfrei zusammen? Der mutmaßliche Kausalzusammenhang und Wirkmechanismus sollte nicht in krassem Widerspruch zu validen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen stehen. Verändert der Entzug der mutmaßlichen Ursache das Auftreten der Wirkung? Ist für einen ähnlichen, analogen Zusammenhang eine Ursache-Wirkungs-Beziehung bekannt?

Dies ist keine Checkliste, sondern lediglich eine Hilfe zum strukturierten Nachdenken. Je mehr dieser Kriterien für Kausalität sprechen, umso größer ist die Vortestwahrscheinlichkeit, dass in obiger Studie tatsächlich Therapie A die Ursache für das bessere Resultat ist.

Die Frage, ob eine Korrelation kausal ist, lässt sich nicht mit Statistik allein beantworten. Auch kann nicht mit einer einzelnen Studie über einen Kausalzusammenhang entschieden werden. Vielmehr ist eine Gesamtschau von bekannten Zusammenhängen, Ergebnissen der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung notwendig.

Das geht natürlich weit über das hinaus, was für den einzelnen neben Praxis- und/oder Klinikbetrieb leistbar ist. Hier können systematische Reviews, Metaanalysen und Leitlinien hilfreich sein, in denen nicht nur Zahlen zusammengetragen und p-Werte aufgelistet werden, sondern auch eine sorgfältige Gesamtschau und Bewertung der Evidenz im obigen Sinne durchgeführt wird.

Zusammenfassung

Statistische Signifikanz darf nicht mit Relevanz verwechselt werden. Wissenschaftliche Fragen werden nicht durch einzelne Studien geklärt. Statistische Signifikanztests allein sagen sehr wenig

über die Qualität einer Studie und deren Replizierbarkeit aus. Es muss immer erwogen werden, ob Studienergebnisse auf einem systematischen Fehler beruhen könnten. Es muss kritisch erwogen werden, welche Argumente für bzw. gegen einen Kausalzusammenhang von Intervention und Ergebnis sprechen.

Korrespondenz

PD Dr. rer. nat. Hans-Hermann Dubben
Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel ++49 40 7410-56064
dubben@uke.de

Literatur

- 1.) Freedman LP, Cockburn IM, Simcoe TS: The Economics of Reproducibility in Preclinical Research. *PLoS Biol* 2015; 13(6): e1002165. doi:10.1371/journal.pbio.1002165
- 2.) Bayes T: An Essay towards Solving a Problem in the Doctrine of Chances. *Phil. Trans.* 1764; 53: 370-418.
- 3.) Beck-Bornholdt HP, Dubben HH: Is the pope an alien? *Nature* 1996; 381: 730.
- 4.) Beck-Bornholdt HP und Dubben HH: Der Schein der Weisen - Irrtümer und Fehlurteile im täglichen Denken. Rowohlt Verlag, 2003.
- 5.) Ioannidis JPA: Why Most Published Research Findings Are False. *PLoS Med* 2005; 2(8): e124.
- 6.) Nature Editorial: Number crunch. *Nature* 2014; 506: 131.
- 7.) Nuzzo R: Statistical errors. *Nature* 2014; 506: 150-152.
- 8.) Nuzzo R: Wenn Forscher durch den Signifikanztest fallen. *Spektrum der Wissenschaft* 2014; <http://www.spektrum.de/news/wenn-forscher-durch-den-signifikanztest-fallen/1224727>
- 9.) Sterne JAC und Smith GD: Sifting the evidence — what's wrong with significance tests? *British Medical Journal* 2001; 322, 226-231.
- 10.) Goodman SN: Toward Evidence-Based Medical Statistics. 1: The P Value Fallacy. *Ann Intern Med.* 1999; 130: 995-1004.
- 11.) Dubben HH, Beck-Bornholdt HP: Die Bedeutung der statistischen Signifikanz. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2004; Sonderheft 44: 61-74.
- 12.) Chavalarias D, Ioannidis JP. Science mapping analysis characterizes 235 biases in biomedical research. *J Clin Epidemiol* 2010; 63: 1205-15.
- 13.) Bradford-Hill A, 1965: The Environment and Disease: Association or Causation? *Proc R Soc Med.* 1965; 58: 295-300.

Im Fadenkreuz der Einflüsse: Der schwere Weg des Arztes zu einer guten Verordnungs- entscheidung

Medikamentenverordnungen sind medizinisches Alltagsgeschäft. Beinahe jeder Arzt greift mehrmals täglich zum Rezeptblock in der guten Absicht, seinen Patienten zu helfen. Doch wann ist eine konkrete Medikamentenverordnung wirklich hilfreich und angezeigt? Auf welche Arzneimittelinformationen ist Verlass? Wie kann der Arzt mit Mondpreisen und unerwünschten Wirkungen umgehen? Woran erkennt er unabhängige Studienergebnisse? Dass das ärztliche Alltagsgeschäft rund um Arzneiverordnungen hochkomplex ist, zeigte ein hochkarätig besetztes wissenschaftliches Symposium zu Ehren von Professor Wolf-Dieter Ludwig in Berlin-Buch Anfang September.

Von Angela Misslbeck

Der Rezeptblock ist das gefährlichste „Instrument in der Hand des Arztes“, sagt der Allgemeinmediziner Professor Wilhelm Niebling. Tatsache ist: Mit Stift und Papier kann ein Arzt oft mehr ausrichten als mit anderen Geräten und Maßnahmen. Er kann damit aber auch mehr anrichten. Deshalb lohnt es sich, genau hinzuschauen, welchen Einflüssen Ärzte bei der Arzneiverordnung ausgesetzt sind.

Neben Patientenwünschen und dem eigenen Ausbildungsstand bestimmt vor allem eine Fülle von Informationen die Entscheidung des Arztes mit. Niebling sieht Ärzte einer schieren Informationsflut ausgesetzt: Qualitätszirkel, Fortbildungen, über eine Million wissenschaftlicher Beiträge in medizinischen Fachzeitschriften pro Jahr, täglich 2.000 neue Artikel in der amerikanischen Online-Forschungsbibliothek Medline, ständig aktualisierte Leitlinien, Arzneimittelinformationssysteme, Werbung, Besuche von Pharmavertretern ...

Die Unterscheidung zwischen neutraler und interessengeleiteter Information ist dabei nicht immer einfach. Und selbst wenn dem Arzt klar ist, dass bestimmte Interessen hinter einer Information stehen, wie etwa beim Besuch eines

Pharmavertreters, ist er nicht gegen Beeinflussung gefeit. „Kontakte mit Pharmavertretern führen zu teureren, mehr und schlechteren Verordnungen“, sagt Niebling. Dabei bemühen sich Hausärzte durchaus um neutrale Informationen. So würden etwa Evidenzdatenbanken hoch geschätzt, aber kaum genutzt. Nieblings Fazit: „Hausärzte brauchen valide und interessendekontaminierte Informationen.“

Welche Informationen sind verlässlich?

Erste Lösungsansätze sieht der Freiburger Allgemeinmediziner bereits. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) stelle gute Informationen zur Verfügung. Transparenz über Leitlinien schaffe das Onlineportal Leitlinienwatch.

Für nachhaltiger als Leitlinien hält Niebling jedoch Qualitätszirkel zur Pharmakotherapie nach dem Vorbild der Baden-Württemberger Hausärzte im Rahmen des dortigen Hausarztvertrages. „Das ist eine Maßnahme, die auf Dauer Wirkung entfalten wird, mehr als Leitlinien, die einmal gelesen und dann weggelegt werden.“ Große Hoffnungen

setzt er außerdem in die Integration von Arzneimittelinformationen in die Arztinformationssysteme.

Die Wirkung von Informationen auf die Verordnungspraxis hat auch die Pharmakologin und Gesundheitssachverständige Professor Petra Thürmann untersucht. Sie warnt davor, dass manche Informationen einfach nicht ankommen oder sogar das Gegenteil der beabsichtigten Wirkung erreichen. So zeige eine US-Studie ein hohes Risiko, dass Ärzte sich bei älteren, multimorbiden Patienten über alle Warnhinweise hinwegsetzen. Warnhinweise wie etwa die Rote Hand Briefe können ihren Angaben zufolge sogar kontraproduktiv wirken, weil sie die Aufmerksamkeit der Ärzte auf das Präparat lenken. „Es gibt wenig Evidenz, dass Rote Hand Briefe etwas Gutes bewirken“, sagt Thürmann unter Verweis auf eine weitere US-Studie, die gezeigt habe, dass Verordnungen eines bestimmten Wirkstoffes nach einem Warnhinweis anstiegen statt zurückzugehen. Zudem gebe es keine Untersuchungen darüber, ob Warnhinweise und veränderte Beipackzettel überhaupt gelesen würden.

Den Ruf nach einer Verordnungssoftware unterstreicht Thürmann indes. Sie verweist darauf, dass drei Prozent aller Krankenhauspatienten wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) aufgenommen werden. Mindestens ein Fünftel dieser UAW geht Thürmann zufolge auf Verordnungsfehler zurück und ist somit vermeidbar. Bei Helios wurde deshalb mit dem Aufbau eines wissenschaftlichen Systems zur Registrierung von UAW begonnen. Thürmann ist überzeugt, dass sich das auch wirtschaftlich lohnt: Wenn ein Patient an Nebenwirkungen leidet, steigen die Behandlungskosten im Krankenhaus nach ihren Angaben um 2.000 bis 5.000 Euro.

Unabhängige oder interessengeleitete Information?

„Eine der wichtigsten Aufgaben in meiner ärztlichen Tätigkeit war, wissenschaftliche Evidenz in ein individuelles

Behandlungskonzept zu formen.“ So beschreibt der Herausgeber des Arzneimittelbriefes Dr. Dietrich von Herrath die Herausforderung, vor der Ärzte in der Praxis täglich stehen. Dazu setzt er auf kritische und unabhängige Information: „Ich bin der festen Überzeugung, dass der Arzt, der unabhängig informiert ist, bessere Medizin macht“, sagte er. Der Arzneimittelbrief warne vor geschönter Evidenz, weil daraus Fehler entstünden, so Herrath. Er weist darauf hin, dass viele Arzneimittelstudien Fehler bei der Verblindung und bei der Gruppenzuteilung enthalten würden.

Herrath vertritt die Auffassung, dass die Fortschritte in der Arzneimitteltherapie mit wachsender Einflussnahme einhergehen. Der Berliner Internist nennt Beispiele dafür, wie Pharmafirmen das Werbeverbot für verschreibungspflichtige Arzneimittel unterlaufen. Er kritisiert aber auch das teils immens hohe Sponsoring für medizinische Fachkongresse.

Auch bei den Therapiekosten geht es um immer höhere Summen. Ein Gramm eines neuen Wirkstoffes zur Behandlung der akuten lymphatischen Leukämie kostet nach Angaben des Berliner Hämatologen Professor Antonio Pezzutto 118 Millionen Dollar. „Nur Antimaterie ist teurer“, sagt Pezzutto. Die in den USA seit August zugelassene CAR-T-Zelltherapie geht nach seinen Angaben mit Jahrestherapiekosten von 450.000 Euro einher. „Man kann nur hoffen, dass die Preise sinken“, sagt er und verweist darauf, dass die Jahrestherapiekosten mancher hämatologischer Wirkstoffe höher seien als das Bruttoinlandsprodukt vieler afrikanischer Länder.

Welches Risiko bergen Interessenskonflikte?

Das weit verbreitete Kongress-Sponsoring kritisiert nicht nur Herrath, sondern auch Professor Klaus Lieb, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Vorsitzender des Fachausschusses für Transparenz und Unabhängigkeit in der Medizin der AKdÄ. „Wir haben klare Erkenntnisse darüber, dass gesponserte

Fortbildungen zu falschen Empfehlungen führen“, sagt Lieb und setzt gleich hinzu: „Wir wissen um den Blinden Fleck bei uns selbst.“ Auf der Homepage der AKdÄ finden sich seit 2016 nun Regeln für unabhängige ärztliche Fortbildungen.

Die AKdÄ setzt der wachsenden Einflussnahme unbedingte Transparenz entgegen. Der Psychiater und Psychotherapeut Lieb zählt dazu in erster Linie einen offenen Umgang mit Interessenskonflikten. Die kann es nicht nur bei der Zusammenarbeit mit Pharmafirmen, sondern auch mit Krankenkassen oder mit den Gewinnerwartungen von Krankenhäusern geben.

„Interessenskonflikte sind nicht mit Vergehen gleichzusetzen, aber sie sind Risikokonstellationen“, sagt Lieb. Der transparente Umgang damit ist aus seiner Sicht unabdingbar für die Glaubwürdigkeit der Ärzte. Die Bevölkerung habe hohe Erwartungen an die Vertrauenswürdigkeit der Ärzte. „Im Gegenzug gewährt die Gesellschaft ihnen einen hohen Status, hohes Einkommen, hohe Autonomie“, so Lieb. Diese Privilegien stünden auf dem Spiel, wenn die Vertrauenswürdigkeit in Gefahr gerate, warnt er.

Der Transparenzausschuss hat deshalb ein Management von Interessenskonflikten und einen Vorschlag zur Erfassung von diesen Konflikten entwickelt. Inzwischen gehören Transparenzerklärungen bei Vorträgen und wissenschaftlichen Veröffentlichungen nicht nur zum guten Ton, sondern sie werden auch gefordert. Nun wird Lieb zufolge erwogen, die Erklärungsformulare zu vereinheitlichen.

Seit der Fachausschuss Transparenz 2014 formal gegründet wurde, legen die Mitglieder der AKdÄ ihre eigenen Interessenskonflikte offen. Die Zahl der Verbindungen zur Industrie hat sich seitdem nach Liebs Angaben deutlich verringert: 18 von 37 Mitgliedern hatten schon damals keine Verbindungen, 8 haben sie inzwischen eingestellt. „Das Gremium bemüht sich sehr um Unabhängigkeit“, sagt Lieb.

Dafür spricht aus seiner Sicht eine weitere Tatsache: Bei Stellungnahmen zur Nutzenbewertung des IQWiG (Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) weicht die AKdÄ seltener als wissenschaftliche Fachgesellschaften von der IQWiG-Meinung ab, wenn das Qualitätsinstitut keinen Zusatznutzen festgestellt hat. Wird dagegen ein Zusatznutzen festgestellt, weicht die AKdÄ häufiger als die Fachgesellschaften von dieser Bewertung ab.

Wo bleibt die Evidenz?

85 Prozent Deckungsgleichheit stellt der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken, zwischen den Stellungnahmen der AKdÄ und den Bewertungen des IQWiG fest. „Das liegt daran, dass die AKdÄ objektiv Evidenz bewertet“, sagt Hecken. Zugleich sieht er durch die AKdÄ die Linie von IQWiG und G-BA bestätigt: „Wenn wir relativ nah an dem sind, was die AKdÄ empfiehlt, kann es nicht so weit an der Verordnungsrealität vorbeigehen.“ Allerdings unterscheidet der G-BA-Vorsitzende zwischen abstrakt-genereller Nutzenbewertung durch den Ausschuss und der Bewertung des individuellen Nutzens durch den Arzt, die in Zeiten zunehmender Multimorbidität immer wichtiger werde. „Selbst Dinge, die für die Allgemeinheit keinen Nutzen haben, können im Einzelfall von Nutzen sein.“ Mit dieser Begründung lehnt Hecken Verordnungsaußchlüsse ab.

Der G-BA-Chef wiederholte beim Symposium seine bereits mehrfach geäußerte Kritik am Design vieler Arzneimittelstudien. Es würden „ganz gezielt trotz der Pflicht zur umfassenden Vorlegung selektiv Daten vorgelegt“ oder „ganz bewusst nur die Endpunkte abgebildet, bei denen man relativ leicht einen Zusatznutzen vorweisen konnte“. Nun hat der Bundesausschuss Gespräche mit den Arzneimittelzulassungsbehörden aufgenommen, um ein strukturiertes Beratungsangebot für Arzneimittelhersteller zu entwickeln. Denn für die Zulassungsstudien sind Hecken zufolge teilweise Endpunkte wichtig, die

für die Nutzenbewertung völlig irrelevant seien. Der Ausschussvorsitzende geht davon aus, dass diese Beratung dazu führt, „dass wir in drei bis vier Jahren gute Nutzenstudien haben“. AKdÄ-Chef Professor Wolf-Dieter Ludwig begrüßt diesen Schritt ausdrücklich.

Politischen Handlungsbedarf meldet Hecken jedoch bei der Regelung für Arzneimittel bei seltenen Erkrankungen an. Diese sogenannten Orphan Drugs können auch bei nicht nachgewiesener Evidenz zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden, solange ihr Umsatz 50 Millionen Euro nicht übersteigt. Diese Regelung wird Hecken zufolge inzwischen sehr häufig genutzt „Wir werden geflutet mit Orphans“, sagte er. 45 Orphans hat das IQWiG inzwischen bewertet. Beträchtlichen Zusatznutzen hat es dabei nur einem Arzneimittel zugesprochen, 13 weiteren attestierte es geringen Zusatznutzen und bei 31 Medikamenten bewertete es den Zusatznutzen als nicht quantifizierbar.

„Wir haben zunehmend Orphans, bei denen die Evidenz gegen null geht“, kritisiert daher Hecken und fordert ein verpflichtendes Register. Der Ausschuss habe mehrfach die Auflage erteilt, dass die Beobachtungen bei der Verordnung solcher Medikamente in einem Register gemeldet werden sollen. Diese Auflagen seien aber oft nicht erfüllt worden. Das Ziel nachrangig Evidenz zu generieren, hält Hecken daher nur dann für erreichbar, wenn es eine Pflicht zum Einschluss in Register gibt.

Wieviel Regulierung ist nötig, wieviel Freiheit ist möglich?

Gute Studien – schlechte Studien? Diese Entscheidung gehört zum Berufsalltag von Professor Christopher Baethge, Leiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes. Die Medizinpublizistik leistet aus seiner Sicht einen wichtigen Beitrag zur Sicherung guter Forschungsergebnisse. Denn durch die Prüfung von Studienergebnissen vor der Veröffent-

Zur Person: Professor Wolf-Dieter Ludwig

„Kenntnisreich, genau und fair, fleißig und effizient“ – so charakterisiert Professor Christopher Baethge, Leiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion des Deutschen Ärzteblattes, seinen Fachredakteur für Arzneimitteltherapie Professor Wolf-Dieter Ludwig. Im Alter von 65 Jahren verabschiedete sich der Hämatologe und Onkologe Ludwig im September von seiner Chefarzt-Position in der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumorummunologie des HELIOS Klinikum Berlin-Buch. Viele seiner Weggefährten verbinden damit die Hoffnung, dass er sein vielfältiges Engagement für eine unabhängige Pharmakologie weiter vertieft. Denn Ludwig hat in seiner medizinischen Laufbahn neben dem klinischen Schwerpunkt auf der Behandlung der Leukämie einen weiteren wissenschaftlichen Schwerpunkt auf die Arzneimitteltherapiesicherheit und den Umgang mit Interessenkonflikten in der Medizin gelegt. Einen Namen auf diesem Gebiet hat er sich seit 2006 als Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) gemacht. Seit 2013 vertritt er die Ärzteschaft zudem im Management-Board der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA).

Nur wenige wissen indes, dass Ludwig 1970 mit dem Verein Hertha 03 Zehlendorf Deutscher A-Jugend-Fußballmeister war. Er hätte auch als Fußballer reüssieren können und der FIFA die Interessenskonflikte und die Korruption ausgetrieben, sagt der Herausgeber des Arzneimittelbriefes Dr. Dietrich von Herrath über seinen Mitherausgeber Ludwig.

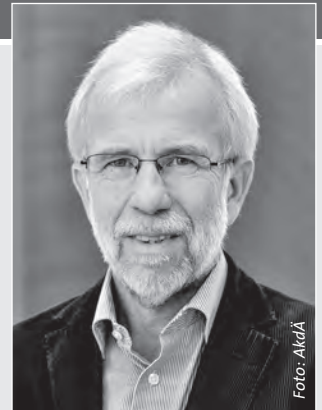


Foto: AKdÄ

lichung trägt sie wesentlich dazu bei, Forschungsmanipulation aufzudecken. Schwerer Medizinbetrug nimmt nach seiner Einschätzung eher ab. „Besorgniserregender sind die alltäglichen Manipulationsversuche.“

Alarmglocken schrillen bei Baethge, wenn er unkonkrete Sprache liest. Sie sei oft ein Zeichen für bewusste Täuschung. Aber auch Fehlzitate kommen nach seinen Angaben häufig vor. „Jedes vierte Zitat ist nicht ganz korrekt, davon die Hälfte grob falsch“, sagt er. Baethge setzt daher auf Institutionen wie Medline und den Impactfaktor und auf strenge Regeln. „Ohne die heutigen Kontrollmöglichkeiten wäre die Situation noch viel schlimmer“, sagt er.

Was in der Medizinpublizistik sinnvoll und richtig erscheint, ist im ärztlichen Alltag jedoch oft eher einschränkend. Der Freiburger Medizinethiker Professor

Giovanni Maio ist ein leidenschaftlicher Verfechter der individuellen Therapiefreiheit des Arztes. Leitlinien, Behandlungspfade und Therapieschemata dürfen seiner Auffassung nach allenfalls einen groben Rahmen abstecken. Ärztliches Handeln könne aber kein schematisches, routinisiertes Abarbeiten sein, es müsse immer reflexiv sein. Das erfordere Zeit, Selbstkritik und Kommunikation mit dem Patienten. „Das Reglement kann das Sich-Kümmern nicht ersetzen. Die Behandlung des Arztes ist nur in Beziehungsform realisierbar“, sagt er. Denn schließlich müsse eine Therapie nicht nur richtig, sondern auch passend sein.

Angela Misslbeck
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Zum Tode von Karlwilhelm Horn

Am 16. Juni 2017 verstarb der langjährige Direktor des Instituts für Allgemeine und Kommunale Hygiene der Humboldt-Universität zu Berlin – Charité – Professor Dr. med. Karlwilhelm Horn.

Karlwilhelm Horn wurde am 4. Januar 1928 in Kiehnwerder geboren.

Nach seinem Medizinstudium in Leipzig promovierte er 1955 mit einer Arbeit über die Epidemiologie des Typhus und Paratyphus. 1956 erhielt er die Approbationsurkunde als Arzt und 1959 die Facharztanerkennung für Hygiene und Epidemiologie. Im gleichen Jahr wurde er zum kommissarischen Direktor der Abteilung Allgemeine Hygiene des Hygienischen Instituts der medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg berufen. Nach seiner Habilitation 1960 mit einem Thema zur Lärmproblematik, ernannte man ihn im gleichen Jahr zum Dozenten an der Humboldt-Universität in Berlin und 1969 zum ordentlichen Professor an der Humboldt Universität zu Berlin. Zwischen 1975 und 1993 war er hier Direktor des Hygiene-Instituts, welches ab 1986 Institut für Allgemeine und Kommunale Hygiene an der Charité genannt wurde.

Karlwilhelm Horn prägte entscheidend die Arbeit seines Institutes, wobei er sich stets in der Pettenkofer'schen Tradition sah. Er war ein vielseitig gebildeter Mann mit ausgezeichneten

Sprachkenntnissen in Russisch, Polnisch, Englisch und Spanisch. Er knüpfte Verbindungen seines Institutes mit der Sowjetunion, Polen, Tschechien, Frankreich, Spanien und Großbritannien und übersetzte das Wörterbuch der Hygiene in Deutsch-Russisch und Russisch-Deutsch (Leipzig 1967).

Ein früher Höhepunkt seiner Arbeit war sicher das I. Internationale Symposium zu Fragen des hygienischen Schutzes der atmosphärischen Luft, welches er bereits 1962 leitete. Früh erkannte der Wissenschaftler, dass insbesondere die massive Luftverschmutzung durch Industrie, Hausbrand und Verkehr in der damaligen DDR ein erhebliches gesundheitliches Problem für die Bewohner war und dass hier erheblicher Forschungsbedarf bestand. Horn initiierte ein lufthygienisches Überwachungssystem im gesamten Bereich der DDR. 1964 wurde er zum Leiter der Kommission Reinhaltung der Luft des Forschungsrates der DDR berufen. Bis 1973 leitete er auch als kommissarischer Direktor die Hauptabteilung Hygiene der Lebens- u. Arbeitsbedingungen des Ministeriums für Gesundheitswesender DDR.

Karlwilhelm Horn publizierte eine große Anzahl von Lehr- und Fachbüchern. In seiner Bilanz stehen außerdem zwischen 1960 und 1992 insgesamt 202 Graduierungsarbeiten für Ärzte, Naturwissenschaftler und Medizinpädagogen. Hervorzuheben ist auch die lang-



jährige Übernahme der Chefredaktion der Zeitschrift für die Gesamte Hygiene und ihre Grenzgebiete.

Für seine wissenschaftliche Tätigkeit wurde Karlwilhelm Horn vielfach ausgezeichnet, so z.B. mit dem Rudolf-Virchow-Preis (1968) oder der Ehrenmedaille der Deutschen Gesellschaft für die gesamte Hygiene (1969) oder der Fritz-Gietzelt-Medaille (1985).

In seinem Institut war er eine immer verständnisvolle, gütige Respektperson, welche die Interessen und Fähigkeiten seiner Mitarbeiter individuell förderte. Wir verlieren mit Karlwilhelm Horn einen hervorragenden Wissenschaftler, welcher zeitlebens danach strebte, mit seinem Institut, seinen Mitarbeitern, eine lebenswerte, gesunde, hygienische Umwelt zu schaffen, in der sich zu leben lohnt. Er wird allen, die ihn kannten und verehrten, aber auch der wissenschaftlichen Welt auf dem Gebiet der Hygiene, unvergesslich bleiben.

Prof. Dr. Petra Gastmeier
Prof. Dr. Klaus Fiedler
Dr. Gabriele Gelbert

Die Sprache des Gehirns

Naturwissenschaften treffen Geisteswissenschaften

internationales literaturfestival berlin 2017: Wissenschaftler des Exzellenzclusters NeuroCure der Charité – Universitätsmedizin Berlin, des Einstein-Zentrums für Neurowissenschaften und des Centrum für Schlaganfallforschung betrachten die Funktionsweisen des Gehirns auf literarische Weise. Über den Besuch der Veranstaltung „Die Sprache des Gehirns – Bewusstsein, Kunst und Subjektivität“ am 12. September im Buchhändlerkeller.



Foto: Sandra Kaliga

Wir gehen jetzt in den Maschinenraum des Gehirns. Wir beobachten Nervenzellen bei der Kommunikation“, moderiert die Wissenschaftsjournalistin Lilo Berg den Abend und damit Prof. Dr. rer.nat. John-Dylan Haynes im Buchhändlerkeller in der Carmerstraße an.

Das klingt vielversprechend. Und ja, die etwa 40 Besucherinnen und Besucher sind bereit, sich darauf einzulassen. Auf ein Stück Weg. Um zu sehen, wie aus dem Gewusel im Gehirn so etwas wie Gedanken und Bewusstsein entstehen können. An den engen Wänden des Charlottenburger Buchhändlerkellers – der weder eine Buchhandlung noch ein Keller ist – hängen die künstlerischen Arbeiten Wolfgang Niebluchs: Die unendliche Bibliothek. Irgendwo finden sich die Worte, er huldigt damit der „Freiheit der Fantasie“.

Ebendies macht John-Dylan Haynes auch, nur halt nicht als Künstler wie Niebluch, sondern als Wissenschaftler. Auch Haynes sucht Antworten auf die großen Fragen: Zum menschlichen Bewusstsein. Wie sind unsere bewussten Erlebnisse in der Hirnaktivität gespeichert? Wie kann man die Gedanken einer Person aus ihren Hirnaktivitäten auslesen? Ist vorhersagbar, wie sich jemand entscheiden wird?

Jeder unserer Gedanken ist mit einem unverwechselbaren Muster von Hirnaktivitäten verbunden. Mithilfe moderner Hirnscanner ist es möglich, diese Muster auszulesen. Aber Haynes beruhigt: „Wenn Sie glauben, als Neurowissenschaftler hätte man heute

die Antwort darauf, was die Sprache des Gehirns ist, kann ich Ihnen nur sagen, nein, das haben wir noch nicht. Wir können uns diesem unglaublich komplexen System nur indirekt nähern.“

Das menschliche Gehirn wiegt ungefähr 1,5 Kilo, durchschnittlich sind es 86 Milliarden Nervenzellen, die da aktiv sind. Da ist ganz schön was los. Annähern kann man sich dem turbulenten Unterwegssein, indem man schaut, was einzelne Nervenzellen machen. Wobei da der Überblick leicht verloren geht. Eine andere Variante ist, sich nicht die einzelnen Nervenzellen anzusehen, sondern das Gehirn aus der Vogelperspektive. Das ist das, was Haynes in der Charité u.a. auch in Zusammenarbeit mit dem Exzellenzcluster NeuroCure tut: Sie betreiben die Bildgebung des Gehirns. Dabei wird das Gehirn in viele kleine Volumenelemente unterteilt.

Wie aber speichert das Gehirn Informationen? Hier muss eine Analogie herhalten: die Compact Disc, kurz CD.

Die Aufnahmen eines Musikstücks entsprechen unterschiedlichen Mustern auf der Oberfläche einer CD. Je nachdem, welches Muster im Herstellungsprozess einritzen wird, ist jeweils ein anders Musikstück codiert. So macht das das Gehirn auch, je nachdem welche Muster im Gehirn aktiv sind, analog zu den Mustern auf der Oberfläche der CD. Mit jedem Muster der Hirnaktivität geht ein eigener, unverwechselbarer Gedanke einher.

Aber wie können wir uns diese Muster der Hirnaktivität anschauen? In Kernspintomographen können Hirnaktivitäten gemessen werden, dabei werden Bilder generiert, die das Aktivitätsmuster, die sich im Gehirn einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt eingestellt haben, farblich darstellen. Diese Bilder sind keine Photographien, sondern statistische Karten, die sagen, wo wahrscheinlich etwas passiert ist. Also Wahrscheinlichkeitsaussagen.

Die Expertengruppe um Haynes nutzt nicht die Interpretation, sondern statis-

Zur Person: Prof. Dr. rer.nat. John-Dylan Haynes

Psychologe und Hirnforscher, Director of Berlin Center for Advanced Neuroimaging, Bernstein Center for Computational Neuroscience der Charité, lehrt an der Humboldt Universität Berlin Psychologie, der deutsch-britischer Wissenschaftler wurde 1971 in Großbritannien geboren und kam in den 90er Jahren nach Deutschland um in nach Bremen Psychologie und Philosophie zu studieren, ging dann nach Leipzig ans Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften und gründete dort 2005 eine eigene Arbeitsgruppe, seit 2006 hat er eine Professur für „Theorie und Analyse weiträumiger Hirnsignale weiträumige Hirnsignale in Berlin.“

tische Verfahren, um herauszufinden, was die Person wahrscheinlich gerade gedacht hat. So ließ eine Journalistin ihre Hirnaktivitäten messen, während sie verschiedene Dinge dachte und dabei Bilder wie etwa vom Brandenburger Tor, Rosen oder einem Schäferhund sah. Das Aktivitätsmuster ist jedes Mal verschieden, wie auf der Oberfläche einer CD. Entschlüsselt werden diese Bilder von einem Computer, der die Aktivitätsmuster erkennt, um dann zu sagen, was die Person gerade gesehen hat. Das funktioniert im Labor mit recht hohen Trefferquoten ganz gut. Dennoch warnt Haynes vor der Annahme, es gäbe nun eine universelle Gedankenlesemaschine oder gar die Möglichkeit, dass Aktivitätsmuster ins Gehirn zu schreiben und damit zu manipulieren.

Ein wichtiges Phänomen gibt es: Die Aktivitätsmuster, mit denen unsere Gedanken im Gehirn encodiert sind, sind individuell. Das resultiert aus unterschiedlichen Erfahrungsgeschichten. Während der eine den Hund als treuen Begleiter kennen gelernt hat, begreift der andere ihn als aggressiven Angreifer. Und so assoziiert jeder Mensch bei einem Wort etwas anderes. Das drückt sich auch in dem Muster der Hirnaktivität aus. Wir haben von Natur aus in unser Gehirn eine Individualität eingebaut, die sich auch in ästhetischen Urteilen ausdrückt. Das räumt mit dem Irrglaube auf, es gäbe bei einem Bild oder der Lektüre eines Buches die eine richtige Interpretation.

Das **17. internationale literaturfestival berlin** fand vom 6. bis 16. September im Haus der Berliner Festspiele sowie an 27 weiteren Orten in Berlin statt. Rund 200 Autoren aus 40 Ländern stellten ihre Werke vor. Neben wissenschaftlichen Beiträgen präsentiert das Festival eine große Vielfalt zeitgenössischer Literatur aus aller Welt. Die Sparte „Science and Humanities“ wurde 2016 in das Programm aufgenommen, um dem Publikum die Präsentation von wissenschaftlichem Denken, wissenschaftlichen Ergebnissen und Disputen zugänglich zu machen.

Haynes berichtet über ein Experiment, bei dem Leuten ganz viele Mondrian-Bilder gezeigt wurden. Echte und solche, die der Computer generiert hat. Dann die Frage: Wie gut finden Sie die Bilder? Mondrian hat anscheinend den Nerv der Zeit getroffen, denn die meisten Leute fanden seine Bilder besser als die des Computers. Aber das heißt noch lange nicht, dass die ästhetischen Prinzipien universell sind. Das erläutert der Neurowissenschaftler anhand hübscher Kurven und Grafiken. Da wurde nach den Seitenverhältnissen bei Rechtecken gefragt. Von einem sehr hohen Rechteck zu einem sehr schmalen zu einem sehr breiten Rechteck, das nicht sehr hoch ist.

Die Frage war: Wie sehr magst du das? Die Antworten? Totales Chaos. Manche Leute mögen alles, andere nur die Extreme, also die ganz besonders hohen, wieder andere stehen so etwas mehr auf die Mitte. Haynes fasst zusammen: „Das heißt, die Vorstellung, in unserem Gehirn gäbe es ästhetische Prinzipien, die universell seien, ist totaler Käse. Man sieht das in der Hirnaktivität und man sieht es im Bereich der ästhetischen Urteile.“

Berliner Neurowissenschaften machen Literatur, unter diesem Motto führte John-Dylan Haynes seine Überlegungen zur Sprache des Gehirns aus. Nach seinem Vortrag verliert sich der Blick der Veranstaltungsbesucherin in einem Nieblich Buchobjekt, in seiner spielerisch-tiefsinnigen Weise und dem Wechselspiel von Wirklichkeits- und Möglichkeitssinn. Währenddessen huscht aus der vordersten Stuhlreihe die Kleist-Preisträgerin 2016 und Schriftstellerin Yoko Tawada in Richtung Ausgang. Könnten wir doch jetzt nur ihrem Gesicht ablesen, welchen literarischen Satz ihr Gehirn gerade in welcher farbigen Hirnaktivität denkt. So einen eigenen, unverwechselbaren Yoko Tawada Gedanken... Zum Glück haben passionierte Leserinnen und Leser gelernt zu warten. So lange, bis das nächste Buch in seinem ganz eigenen Aktivitätsmuster erscheint.

Ulrike Hempel

BERLINER ÄRZTE

11/2017 54. JAHRGANG

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

Herausgeber: Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion: Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Ricarda Tümann (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:
PD Dr. med. Dietrich Banzer
Dr. med. Regine Held
Michael Janßen
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau
Dorothea Spring
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Roland Urban

Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titel Sehestern

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2017, gültig ab 01.01.2017.

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 89,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 60,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 89,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,50 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2017