

# BERLINER ÄRZTE

4/2018 55. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



**MMI, SJT, TMS, NC...** WIE GEEIGNETE MEDIZINSTUDIERENDE FINDEN?

## Big Data in der Medizin – schneller Nutzen oder mühsamer Fortschritt?



Foto: Cochrane

**Professor Dr. Gerd Antes**

*ist wissenschaftlicher Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung.*

Diagnostische und therapeutische Verfahren sind Ergebnisse langjähriger Entwicklungsprozesse, mit Studien an Patienten als letztem Schritt. Sie bilden die Grundlage für die Bewertung und Abwägung von Nutzen und unvermeidlichem Risiko. Mit der dritten Dimension Kosten spiegelt die Bewertung von Nutzen – Risiko – Kosten des sogenannten Health Technology Assessment (HTA) in der Medizin das wider, was allgemein als Technikfolgenabschätzung die Einführung neuer Technologien begleiten sollte. Die gesamte Strecke von der frühen Forschung bis hin zur Anwendung ist charakterisiert durch unvermeidliche Unsicherheit und Fehler. Alle Aussagen zu Krankheitsverläufen und den Ergebnissen von Diagnose und Therapie liefern nie mehr als Wahrscheinlichkeiten. Entsprechend lassen sich Unsicherheit und Fehler nicht vollständig eliminieren, sondern grundsätzlich nur minimieren.

Diese schmerzhaft Einsicht ist der Hintergrund für die immensen Bemühungen um Qualitätssicherung in allen modernen Gesundheitssystemen. Besondere Bedeutung kommt dabei dem Erkenntnisgewinn und der Wissensakkumulation aus vergleichenden Studien am Menschen zu. Neben solchen Studien (jährlicher Zuwachs global über 30.000 publizierte Studien, Nichtpublikationsrate 50%) haben zehntausende empirische Studien der letzten fünf Jahrzehnte tiefe Einblicke in die Qualität

und Defizite dieser Studien geliefert. Als das zentrale Qualitätskriterium gilt heute Risk-of-Bias (RoB), das beschreibt, wie gut der Schutz durch Studiendesign, -durchführung und -auswertung gegen systematische Fehler und damit Fehlinformation ist.

### Korrelation ist nicht gleich Kausalität

Dieses in sich konsistente, Empirie und Theorie integrierende Gebäude wird seit circa zehn Jahren eingerissen. Mit dem Artikel „The End of Theory: The Data Deluge Makes the Scientific Method Obsolete“ (2008) wurden Daten zur allein selig machenden Quelle für Erkenntnisgewinn erklärt und damit der Startpunkt für eine Marketingkampagne gelegt, der sich auch die anschlossen, die es eigentlich besser wissen müssten und die zentralen Aussagen hätten auf den Prüfstand stellen müssen. Diese sind, in schlichter Logik: Die technische Entwicklung macht es möglich, dass „ungeheure Datenmengen“ (kein Artikel ohne Bewunderung von Giga-, Peta- oder Zettabyte) in Echtzeit ausgewertet werden können und uns daraus eine überwältigende Erkenntnisfülle für eine goldene Zukunft beschert wird. Der Weg ist einfach und die Anstrengungen der alten Welt überflüssig, da unbegrenzte Daten die altmodische Regel „Korrelation ist nicht gleich Kausalität“ außer

Kraft setzt. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass es unbeschränkten Zugang zu allen Daten geben muss, da das Lösungskonzept für alle Situationen einfach „Mehr“ heißt. Dafür muss der Besitz an Daten vom originären Besitzer auf den Nutzer übergehen, weil jedes Hindernis Lösungen und damit den Fortschritt und den Weg in eine bessere Zukunft behindert.

Diese bestechende und mit dem gesunden Menschenverstand gut verträgliche Logik ist allerdings alles andere als logisch. Sie ist vielmehr Ausdruck von Populismus, der auch in der Wissenschaft seinen Ausdruck findet: Glauben statt Wissen, eine religiös anmutende Verehrung technischer Möglichkeiten und großer Datenmengen. Am erstaunlichsten ist die völlige Ignoranz gegenüber der fundamentalen Falschaussage, dass mehr Daten automatisch mehr Information bedeuten, gleichbedeutend mit Milliardeninvestitionen in ein falsches Mantra. Wegbereitend dafür ist der vollständige Verzicht auf eine Nutzen-Risiko-Kosten-Analyse, stattdessen die Beschwörung von Nutzen mit einer Beweisführung, die in der ständigen Wiederholung des Unbewiesenen besteht. Vorzeigbare Erfolge? Weitgehend Fehlanzeige, mit ein paar krachenden Beispielen des Scheiterns wie zum Beispiel IBMs Dr. Watson.

Es ist höchste Zeit, auch Big Data und Digitalisierung der Überprüfung zu unterziehen, in der der Patientennutzen im Mittelpunkt steht. Das ist mühsam. Der Ärzteschaft kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Es ist zu hoffen, dass sie die Rolle annimmt, sonst könnte sie als Kollateralschaden schmerzhaft in Illusion 4.0 aufwachen.

# Die Reise in den Osten

Es war mein sechster China-Aufenthalt. Im Jahr 1991 fuhr ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter erstmals nach Beijing auf die 11. Asiatisch-Pazifische-Krebskonferenz in ein China, welches nach Mao und Deng Xiaoping in einigen wenigen Städten mit Sonderwirtschaftszonen zart die Marktwirtschaft ausprobierte. Damals hielt ich noch einen Vortrag über die Differenzierung und Entdifferenzierung von Zellen durch die DNA-Methylierung, heute besser bekannt unter dem Namen der Epigenetik. Inzwischen ist China auf dem Weg zur führenden Weltwirtschaftsmacht; der Flug findet heute auf der neuen Seidenstraße gemeinsam mit mehreren Expats deutscher Unternehmen und Einrichtungen statt. In die andere Richtung fliegen aber auch zahlreiche Chinesen zum Zwecke des kulturellen, technologischen und wissenschaftlichen Transfers.

Von Uwe Torsten

Diesmal wurde ich in meiner Funktion als Chefarzt eines Hauses der Maximalversorgung zum Thema der Gynäkologischen Onkologie an das exzellent ausgestattete Sichuan Cancer Hospital eingeladen, welches mit 2.050 Betten 17 Millionen ambulante Patienten und 4,2 Millionen stationäre Patienten/Jahr behandelt. Angesichts der Tatsache, dass es keine Niederlassungsfreiheit in der Volksrepublik China gibt, aber alles als Hochhaus gebaut wird, ist diese Zahl nichts

Ungewöhnliches. Beeindruckend sind über all die Jahre hinweg immer wieder das Interesse und der Respekt, mit dem chinesische Kolleginnen und Kollegen uns begegnen.

Im Vordergrund stand natürlich das Fachliche: Vorträge und Anwesenheit im OP sind Teil des akademischen Austausches. Die Diskussion führte diesmal von der Therapie des Ovarial- und Mamma-

karzinoms, deren Leitlinien sich über die Grenzen hinweg quasi gleichen, bis hin zum Vulvakarzinom, dessen Inzidenz in China deutlich hinter der in Europa liegt. Gründe dafür wurden erörtert.

Daneben aber führten wir auch Gespräche über andere Themen: Vor dem Hintergrund einer riesigen Bevölkerung in China waren auch heutige und zukünftige Versorgungsziele in der Diskussion: Können 1,3 Milliarden Menschen gleich versorgt werden wie unsere 80 Millionen?

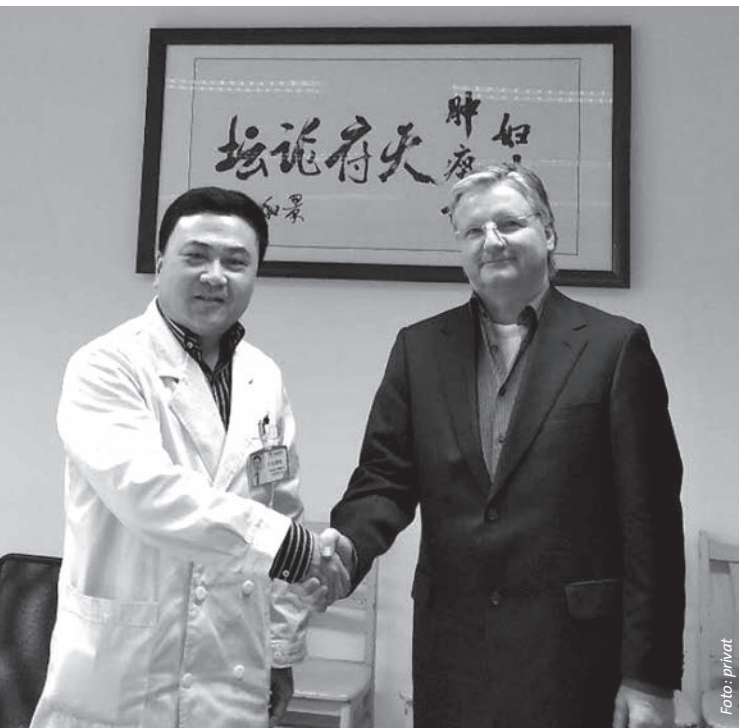
Insbesondere die Tatsache, dass in Deutschland seit 1883 ein Gesundheitssystem mit niederschweligen Zugängen, gleichen

Behandlungsstandards für alle ohne Rücksicht auf das Einkommen und Gesundheitszustand entwickelt wurde, das aus Sozialabgaben der Versicherten und ihrer Arbeitgeber finanziert wird, fand große Beachtung als Vorbild und mögliches Modell einer gesetzlichen Krankenversicherung. Auch die Möglichkeit einer freien Kassenwahl und des Kassenwettbewerbs wurden besprochen. Aber wird eine individualisierte und personalisierte Medizin für diese Bevölkerungszahl und in Zukunft finanzierbar sein?

Überfüllung der Rettungsstellen (!) bei einem relativen Ärztemangel wegen fehlender Hausärzte war ein weiteres Thema. Eine angestrebte Landarzt- und Hausarztquote in China von aktuell einem Arzt pro 10.000 Bewohnern ist der Versuch der Entlastung. Prävention und die Einbindung der Nachwuchsärzte in die Weiterbildung waren andere Themenschwerpunkte. Als Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung im Vorstand der Ärztekammer Berlin wurde ich auch auf die Möglichkeit der aktiven Teilnahme der Ärzteschaft an der Ausgestaltung des Gesundheitssystems angesprochen.

Fazit: Ja, ein internationaler Ansatz des Qualitätsmanagements ist möglich (und ich spreche hier nicht von Qualitätssicherung, die aus der Mottenkiste des frühen 20. Jahrhunderts stammt und derzeit hier wieder eine Renaissance erlebt unter der Überschrift: einfache Antworten auf komplexe Fragen). Ja, ein kollegialer medizinischer Austausch findet in einer leisen, aber universellen Sprache statt, vor allem wenn man die Zukunft der Medizin und Versorgung der Bevölkerung mit neuen sich entwickelten Strukturen wie der Digitalisierung, Robotik und künstlicher Intelligenz im Blick hat.

Priv.-Doz. Dr. Uwe Torsten  
Mitglied des Vorstandes  
der Ärztekammer Berlin



Das Narrativ unseres akademischen Dialogs: „Sei ein Schüler, bevor Du ein Lehrer wirst“.



GASTKOMMENTAR.....

**Big Data in der Medizin –  
schneller Nutzen oder mühsamer  
Fortschritt?**

Von Gerd Antes.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUND-  
HEITSPOLITIK.....

**Die Reise in den Osten**

Von Uwe Torsten.....4

**Schwangerschaftsabbrüche:  
Delegierte fordern Abschaffung  
der Strafbarkeit von sachlicher  
Information**

Bericht von der Delegiertenversamm-  
lung am 21. Februar 2018

Von Sascha Rudat.....27

**Wider die Beliebigkeit**

Ein Gastkommentar

von Vittoria Braun.....29

FORTBILDUNG.....

**Einfluss von Industrie-Sponso-  
ring auf klinische Studien:  
Im schlimmsten Fall „gekaufte  
Evidenz“?**

Kolumne des Deutschen Netzwerks  
Evidenzbasierte Medizin e.V.

Von Falk Schwendicke.....21

TITELTHEMA.....

## WIE GEEIGNETE MEDIZINSTUDIERENDE FINDEN?

Nach dem NC-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2017  
muss das Auswahlverfahren für Medizinstudierende neu geregelt werden.  
Doch welche Testverfahren sind gerecht?

Und mit welchen Tests lassen sich  
die für den Arztberuf am besten  
geeigneten Kandidatinnen  
und Kandidaten  
herausfiltern?

Von Heike Grosse  
Seite 14

Foto: XtravagantT/fotolia.com



**Leserbrief zur EbM-Kolumne  
„Viel Lärm um nichts:  
Choosing Wisely wirksam  
gegen Überversorgung?“.....22**

**Der Veranstaltungskalender  
der Ärztekammer Berlin  
.....24**

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen  
Januar/Februar 2018.....31**

**Die Berliner Ärzteschaft  
trauert um ihre im Jahr 2017  
verstorbenen Kolleginnen und  
Kollegen.....33**

FEUILLETON.....

**„Er ist Arzt. Wie soll er sonst  
entscheiden?“**

Interview mit dem Schauspieler  
Jörg Hartmann über seine Rolle als  
„Professor Bernhadi“ .....35

## Kliniken

### ÄKB unterstützt Initiative zu Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser

Die Ärztekammer Berlin unterstützt die Initiative für einen Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser. Die Gewerkschaft ver.di hat am 1. Februar 2018 zusammen mit Beschäftigten aus Kliniken sowie Patientenvertretern eine Initiative öffentlich ins Leben gerufen, die auf Landesebene einen Volksentscheid über die Einführung verbindlicher Personalschlüssel für verschiedene Berufsgruppen in Kliniken sowie einer Mindestinvestitionsquote in Krankenhäusern anstrebt.

Aus Sicht des Vorstandes der Ärztekammer Berlin ist eine gute personelle Ausstattung in den Krankenhäusern der Schlüssel zu einer humanen und sicheren Patientenversorgung. Dies betrifft Ärzte, Pflegekräfte und alle weiteren in der Patientenversorgung tätigen Berufsgruppen. Die Ökonomisierung auf dem Rücken der Menschen im Gesundheitswesen muss beendet werden. Sichergestellt werden muss dabei aber, dass die Verbesserung der Personalsituation einer Berufsgruppe nicht zu Lasten anderer Berufsgruppen im Krankenhaus geht.

Mittels der Sammlung von mindestens 20.000 Unterschriften innerhalb von sechs Monaten soll zunächst ein Volksbegehren eingeleitet werden. Dieses Volksbegehren muss wiederum von mindestens 175.000 Berliner Wahlberechtigten innerhalb von vier Monaten unterschrieben werden, damit ein Volksentscheid über eine entsprechende Änderung des Landeskrankenhausgesetzes durchgeführt werden kann. Durch die angestrebte Gesetzesänderung soll laut der Initiatoren künftig Folgendes im Landeskrankenhausgesetz festgelegt werden:

- Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte sowie andere nicht-ärztliche Berufsgruppen im Krankenhaus
- Ergänzung der Hygiene-Vorschriften für Reinigungsfachkräfte
- Mindestinvestitionsquote des Landes Berlin
- Herstellung von Transparenz über die Einhaltung von Qualitätsanforderungen
- Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen

Weitere Informationen zum Volksentscheid für gesunde Krankenhäuser sowie die Möglichkeit zur Beteiligung finden Sie unter: [www.volksentscheid-gesunde-krankhaeuser.de](http://www.volksentscheid-gesunde-krankhaeuser.de)

## Datenschutzgesetz

### Neues Datenschutzrecht ab dem 25. Mai 2018

Am 25. Mai 2018 tritt die Datenschutz-Grundverordnung der EU in Kraft. Sie gilt in der gesamten EU einheitlich und unmittelbar. Das nationale Recht ist an die Verordnung anzupassen. In Deutschland tritt daher am selben Tag auch ein neues Bundesdatenschutzgesetz in Kraft.

Zwar ändern sich die meisten Grundprinzipien des bisherigen Datenschutzrechts nicht, es kommen jedoch neue Pflichten hinzu. Ein Verstoß wird mit empfindlichen Sanktionen bedroht sein. Die Datenverarbeitung der Arztpraxen sollte daher der neuen Rechtslage angepasst werden. Wichtig ist die Befassung u.a. mit folgenden Themen:

#### Verzeichnis über Verarbeitungsvorgänge

Mittels bereitgestellter Formulare sind alle Datenverarbeitungsvorgänge, unterteilt in Gruppen, aufzuführen.

#### Datenschutzbeauftragte

Grundsätzlich müssen Arztpraxen Datenschutzbeauftragte benennen. Ausgenommen sind Einzelpraxen, sofern keine außergewöhnlich umfangreiche Datenverarbeitung erfolgt. Bei Verpflichtung zu einer sog. Datenschutz-Folgenabschätzung (siehe unten) ist in jedem Fall ein Datenschutzbeauftragter zu benennen. Es können externe Dienstleister oder eigene Mitarbeiter benannt werden. Ausgenommen sind die Verantwortlichen, d.h. Inhaber von Arztpraxen können sich nicht selber benennen.

#### Datenschutz-Folgenabschätzung

Bei voraussichtlich hohem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Patienten ist eine sog. Datenschutz-Folgenabschätzung vorzunehmen, dies z.B. bei Verwendung von Cloud-Diensten, Videoüberwachung in der Praxis, Telemedizin und bei Tätigkeiten nach dem Gendiagnostikgesetz, sowie bei einer besonders umfangreichen Datenverarbeitung. Betroffene Arztpraxen müssen einen Datenschutzbeauftragten benennen.

#### Informationspflichten

Neu sind umfangreiche Informationspflichten. So sind z. B. Patienten über den Zweck und die Rechtsgrundlage einer sie betreffenden Datenerhebung zu informieren. Dies kann, je nach Fallgruppe, durch Formulare, Aushänge oder Hinweise auf der Homepage erfolgen.

**Weitere Informationen** sowie Formulare und Muster finden Kammermitglieder auf der Homepage der Ärztekammer Berlin (siehe dort unter **Ärzte → Recht → Gesetzesänderungen**).

Leserbrief zum Titelthema „Notfallmedizin“ in BERLINER ÄRZTE 2/2018



Ärgerlich finde ich, dass in den Berichten der öffentlichen Medien nur die Sicht der Krankenhäuser vertreten ist und darin auch nur aus Häusern berichtet wird, die ein großes Patientenaufkommen in ihren Rettungsstellen haben. So wird in der Öffentlichkeit ein unrealistischer Eindruck erzeugt, zumal meist zusätzlich suggeriert wird, dass sich die niedergelassenen Ärzte nicht ausreichend um Akutpatienten kümmern. Über die Erhebung der KV Berlin, im KV-Blatt veröffentlicht, dass in den Rettungsstellen der meisten Krankenhäuser nur 2 Patienten pro Stunde behandelt werden, habe ich nichts in den allgemein zugänglichen Medien lesen können. In den Hand-

lungsempfehlungen der ÄKB vermisste ich, dass auch die Krankenkassen mit in die Pflicht genommen werden, ihre Versicherten über Behandlungswege aufzuklären und eine unangemessene Inanspruchnahme zu reduzieren.

Es sollten auch Möglichkeiten gesucht werden, die Krankenkassen finanziell an den entstehenden Kosten stärker zu beteiligen. Bislang sind die Kassen die amüsierten Zuschauer am Disput zwischen KV und Krankenhäusern über die Verteilung der Kosten.

Mein Eindruck nach 23 Jahren in der Praxis ist auch eine zunehmende Erwartungshaltung mancher Patienten, alle Befindlichkeitsstörungen jederzeit umfassend abklären zu lassen. Diese Patienten suchen wahrscheinlich auch die Rettungsstellen auf ohne tatsächlich Notfälle zu sein.

In meiner Praxis sehe ich häufig Patienten nach einer Vorstellung in einer Rettungsstelle, weil eben nur eine Initialbehandlung erfolgt ist und ihnen ausdrücklich die Vorstellung bei einem niedergelassenen Arzt empfohlen wurde. Viele wollen

sich das erhaltene Rezept auf ein Kassenrezept umschreiben lassen oder haben das Notfallrezept gar nicht eingelöst.

Zusätzlich erscheinen Patienten in der Praxis weil sie eine AU-Bescheinigung brauchen. Mein Eindruck ist, dass viele Notfallpatienten wiederum ambulante Patienten in der Praxis werden und somit beide Sektoren in der Versorgung beanspruchen. Es wäre interessant, diesen Anteil der doppelten Inanspruchnahme zu beziffern, mir sind dazu keine Daten bekannt.

Insgesamt ist mir nicht erklärlich, warum die finanzielle Beteiligung der Patienten für den Besuch in einer Rettungsstelle tabuisiert wird. Eine Reduzierung der unangemessenen Inanspruchnahme über eine Notfallgebühr ist meiner Meinung nach zu überlegen, sie müsste allerdings konsequenter umgesetzt werden als die vor Jahren abgeschaffte Gebühr von 10 €. Auch müssten die Krankenkassen bei einer erneuten Gebühr verpflichtet werden, diese Gebühr einzutreiben. Es darf dann nicht so sein, dass die Ärzte / Krankenhäuser noch neben der Arbeit am Patienten mit admini-

nistrativen Aufgaben zusätzlich belastet werden. Wie es z.B. bei den über das Auslandsabkommen Versicherten abläuft und wie es bei der kommenden Telematikinfrastruktur zu befürchten ist.

Ein weiterer Aspekt im Disput zwischen Krankenhäusern und dem niedergelassenen Sektor ist noch: Wenn die Krankenhäuser mehr Geld aus der ambulanten Vergütung wollen, müssen sie auch verpflichtet werden, abschließende Behandlungen durchzuführen mit ausreichender therapeutischer Versorgung, Ausstellung von AU-Bescheinigungen und Durchführen von Kontrolluntersuchungen.

Neben der Arbeitsbelastung für die Kollegen in den Krankenhäusern – sofern sie an einer Niederlassung interessiert sind – sind ambulante Patienten auch eine Vorbereitung auf das Krankheitspektrum, das in einer Praxis zu erwarten ist. Ich hoffe, dass sich jemand zu meinen Überlegungen Gedanken macht.

*Dr. med. Thomas Schuster  
Facharzt für Hals-Nasen-  
Ohrenheilkunde  
Berlin*

## Delegation

### Saudische Ärzte informieren sich über Weiterbildung



Foto: S. Rudat

Basma Zrida, Annegret Hauenstein (beide Kulturbüro der saudischen Botschaft), Saud Alshanafey (Kinderchirurg), Abteilungsleiterin Catharina Döring-Wimberg, Kammerpräsident Günther Jonitz, Hisham Alkhashshan (Allgemeinmediziner), Abdullah Kattan (Plastischer Chirurg), Kammergeschäftsführer Michael Hahn, Ali AlSaqr (Augenarzt) und Noman Kidwah (Kulturbüro der saudischen Botschaft) (v.l.)

Eine Gruppe von Ärzten aus Saudi-Arabien hat am 7. März zusammen mit Vertretern der saudischen Botschaft die Ärztekammer Berlin besucht, um sich zum Thema Weiterbildung zu informieren.

Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz, Kammergeschäftsführer Michael Hahn und die Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, Dr. Catharina Döring-Wimberg, beantworteten eine Vielzahl von Fragen rund um die Facharztweiterbildung in Berlin.

Von besonderem Interesse war für die Besucher, die in verschiedenen saudischen Einrichtungen und Behörden arbeiten, die Frage, wie die Weiterbildungsinhalte kontrolliert werden (Stichwort Logbuch). Viele Nachfragen drehten sich auch um die Situation von saudischen Ärzten, die in Deutschland ihre Weiterbildung als Stipendiaten absolvieren. *srd*

## KV Berlin will ambulante Notfallversorgung reformieren



Neuer Look für die Autos des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes: Der KV-Vorstand freut sich (Günter Scherer, Margret Stennes, Burkhard Ruppert v.l.).

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin will die ambulante Notfallversorgung verbessern. Vor diesem Hintergrund hat sie ihre aktuellen Angebote – den Ärztlichen Bereitschaftsdienst, die KV-Leitstelle sowie das Notdienstpraxen- und Erste-Hilfe-Stellen-Netz an den Krankenhäusern – auf den Prüfstand gestellt und Optimierungspotenziale ermittelt. „Wir haben festgestellt, dass die Patienten trotz unserer umfangreichen Angebote immer häufiger den direkten Weg in die Rettungsstellen nehmen. Aus unserer Sicht liegen die Ursachen an der immer noch zu niedrigen Bekanntheit unserer Angebote, aber auch an der Fehlsteuerung der Patienten und einer Unkenntnis der Versorgungsstrukturen“, erklärte Dr. Burkhard Ruppert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin. Angestrebt wird ein Netz von etwa acht Notdienstpraxen – in unmittelbarer Nachbarschaft zur Rettungsstelle eines Krankenhauses und von der KV Berlin als Eigenein-

richtungen betrieben. Seit August 2016 organisiert die KV Berlin eine Notdienstpraxis am Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn. Am 2. April wird am Jüdischen Krankenhaus Berlin eine zweite KV-Notdienstpraxis ihren Betrieb aufnehmen. Mit weiteren Krankenhäusern befindet sich die KV Berlin aktuell in Gesprächen. Diese von der KV betriebenen Notdienstpraxen kommen dem von der Delegiertenversammlung favorisierten Modell der Portalpraxen sehr nahe (s. Titelthema 2/2018).

Daneben soll der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) verändert werden. So ist geplant, den ÄBD auf die Zeit außerhalb der Sprechstundenzeiten zu begrenzen. Um daraus entstehende Versorgungslücken für immobile Patienten aufzufangen, wird über die Einführung eines Hausbesuchsdienstes während der Sprechstundenzeiten der Praxen nachgedacht.

### Fortbildung

#### Save the date: 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

Der 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft findet in diesem Jahr am

**17. NOVEMBER 2018 (NEUER TERMIN)  
von 9:00 – 17:00 Uhr statt.**

Das vollständige Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie in Kürze auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: [www.aerztekammer-berlin/fb-kongress2018](http://www.aerztekammer-berlin/fb-kongress2018)



## Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Audiologie und Phoniatrie

Prof. Dr. Dirk Mürbe hat zum 1. März die Professur für Audiologie und Phoniatrie an der

Charité – Universitätsmedizin Berlin angetreten. Damit einher geht die Leitung der gleichnamigen Klinik. Mit ihm gewinnt die Charité einen international ausgewiesenen Experten – speziell für die Behandlung von Erkrankungen von Stimme, Sprache und Gehör. Dirk Mürbe studierte Medizin an den Universitäten Rostock, Dublin und Dresden und schloss parallel als Stipendiat der Studienstiftung des Deutschen Volkes ein Gesangsstudium an der Dresdner Hochschule für Musik mit künstlerischem Diplom ab. Er ist Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie sowie Facharzt für HNO-Heilkunde und übernahm im Jahr 2010 eine Professur für das Fach Phoniatrie und Pädaudiologie an der TU Dresden. Seit 2012 hat er einen Lehrauftrag im Fach Stimmkunde an der Universität Mozarteum Salzburg.

### BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin

Dr. med. Andreas Dietrich ist Chefarzt der Klinik für Integrative Rehabilitation im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin. In dieser neu geschaffenen Position leitet er das Zentrum für spezialisierte rehabilitative Medizin und ist an der Konzeptentwicklung der im Bau befindlichen Reha-Klinik beteiligt. Dr. Dietrich ist ausgewiesener Experte für das BG-Heilverfahren und die Steuerung des Reha-Managements.

Prof. Dr. med. Marc D. Schmittner, zuletzt in der Universitätsmedizin Mannheim (UMM) tätig, ist neuer Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin im BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin. Er übernimmt das Amt von Professor Dr. med. Walter Schaffartzik, der in den Ruhestand geht.

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](mailto:s.rudat@aekb.de) oder [r.tuemann@aekb.de](mailto:r.tuemann@aekb.de)

### Hochschule

## Charité sucht Alumni

Die Charité, die die Medizinischen Fakultäten in Berlin repräsentiert, ehrt seit vielen Jahren ihre Alumni, die vor 50 Jahren an der Charité promoviert haben, mit der Vergabe einer „Goldenen Doktorurkunde“.

Auch in diesem Jahr soll es wieder im Rahmen eines großen Festaktes im Konzerthaus am Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte erfolgen. Leider ist der Kontakt zu so mancher Kollegin/manchem Kollegen verloren gegangen.

Sollten Sie vor etwa 50 Jahren in Berlin promoviert haben oder jemanden kennen, für den das zutrifft, melden Sie sich doch bitte im Promotionsbüro der Charité – Universitätsmedizin Berlin [030/450576-018](tel:030450576018)/-016/-058.

Kongress

## Hauptstadtkongress 2018: „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit“ stehen im Mittelpunkt

Der 21. Hauptstadtkongress findet vom 6. bis 8. Juni 2018 in Berlin statt. „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit“ lautet in diesem Jahr das Motto. Hier ist sich die Politik einig und will den Rückstand Deutschlands gegenüber anderen Ländern bei der Digitalisierung aufholen. Digitalisierung wird in der Politik zur Chefsache. Die zu erwartende Digitalisierungsstrategie der Bundesregierung wird auf dem Hauptstadtkongress zur Diskussion gestellt. Es geht auch um eine realistische Umsetzungsplanung für die elektronische Gesundheitskarte. Gefragt wird auch: Was bringt die Digitalisierung dem Patienten und den Mitarbeitern? Welches Potenzial hat sie für Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung? Welche Chancen bergen Robotik und künstliche Intelligenz? Welche Fortschritte bringt die Präzisionsmedizin bei der zielgerichteten Behandlung? Wie steht es mit Datenschutz und Cybersicherheit?

Vertreter der Ärztekammer Berlin werden an einigen Veranstaltungen teilnehmen. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz wird am 6. Juni auf dem Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik die Veranstaltung „Value Based Healthcare – Wert statt Volumen: Der Weg zu einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung“ begleiten. Am 7. Juni nimmt er an der Podiumsrunde „Mehr Zeit für Menschlichkeit? Wirkungen und Nebenwirkungen von Digitalisierung und neuen Technologien im Gesundheitswesen“ teil. Vorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich wird am 8. Juni die Veranstaltung „Eine Frage der Führung: Leadership und Qualität in der Arbeit – wie nehme ich meine Leute mit?“ begleiten. Bei „Drei Kammern im Dialog“ wird sich Jonitz am 7. Juni mit dem Präsidenten der Apothekerkammer Berlin und dem Präsidenten der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz in die Diskussion begeben.

Weitere Informationen sowie das vollständige Programm finden Sie hier: [www.hauptstadtkongress.de](http://www.hauptstadtkongress.de)

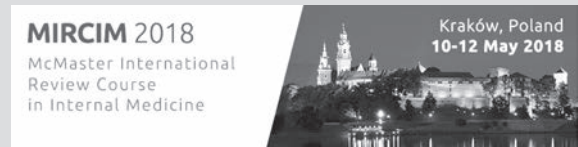
Innere Medizin

## 4. MIRCIM-Kongress: Sonderkonditionen für ÄKB-Mitglieder

Der 4. McMaster International Review Course in Internal Medicine (MIRCIM) findet vom 10. bis 12. Mai 2018 im polnischen Krakau statt. Der internationale Kongress für Innere Medizin wird von der McMaster University, Kanada, organisiert. Die äußerst renommierte McMaster University ist eine von nur vier kanadischen Universitäten, die zudem unter den Top 100 der Welt geführt wird. Sie gilt als Geburtsstätte der evidenzbasierten Medizin, des „Problem-orientierten Lernens (POL)“ und der Weiterentwicklung der Lernkultur von Continuing Medical Education (CME) zum modernen Konzept eines „Continuing Professional Development“ (CPD).

Am ersten Tag können die Teilnehmer aus einer Reihe von Workshops auswählen, an denen sie teilnehmen möchten. Die Ärztekammer Berlin freut sich, wieder Kooperationspartner des diesjährigen Kongresses sein zu können. Für Mitglieder der Ärztekammer Berlin gelten daher Sonderkonditionen (230 statt 290 € Kongressgebühr). Geben Sie bei der Registrierung unter Institution bitte „Member of the Berlin Chamber of Physicians“ an, um in den Genuss der Sonderkonditionen zu kommen.

Alle Kongressinformationen sowie die Möglichkeit zur Anmeldung finden Sie unter: [www.mircim.eu](http://www.mircim.eu)



## Leserbriefe zum Editorial „Aufbruch?!“ von Dr. Günther Jonitz in Heft 1/2018

**A**ufbruch!? Mehr noch hoffe ich auf ein Umdenken, einen Umbruch mit Rückbesinnung. Besser noch einen Abbruch der derzeit gängigen Verhaltensweisen, welche sich in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten allmählich in den Klinik- und Praxisalltag eingeschlichen haben. Die beschriebenen Erfahrungen des befreundeten Kollegen des Herrn Dr. Jonitz kann ich aus eigenem Erleben voll und ganz bestätigen. Die Arroganz und auch Ignoranz, häufige Fehlleistungen, aus Nachlässigkeit und Desinteresse und ähnliches mehr. Kein Detektivgeist lässt sich mehr finden, die Bemühungen oder gar den Ehrgeiz, um die Ecke zu denken, wenn die geklagten Beschwerden des Patienten nichts ins Leitlinien- oder sonstige Symptomschema passen. (...) Ansonsten wird nicht nach links und rechts geguckt, dem Patienten dabei selten in die Augen.

Der ökonomische Druck, DRGs und ihre Folgen, die leitlinienorientierte Medizin, die sich weniger am Menschen orientiert, die dünne Personaldecke, die Dokumentationsflut, das Outsourcen wichtiger Versorgungsbereiche, die ein unpersönliches Stationsklima bewirken und vieles andere mehr, haben das ärztliche Denken und Fühlen sehr verändert. (...) Mein Vertrauen in unsere Gesundheitsversorgung wird aufgrund der wiederholt gemachten Erfahrungen stetig fragiler. Gleichfalls treffen mich Arroganz und Gleichgültigkeit im Arztalltag, der nahezu industriell gewordenen Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen, nicht nur als Patient, sondern zutiefst in meiner ärztlichen Ethik.

Ich denke, dieser Verlust an Menschlichkeit und ärztlicher Ethik betrifft ältere Kolleginnen

und Kollegen stärker als die jüngere Ärzteschaft, die unter den heutigen Bedingungen einer wachsenden Gesundheitsindustrie bereits ausgebildet wurden und werden. Das mag die Resilience der künftigen Ärzte steigern, aber nicht die ihrer Patienten. Ich wünsche mir einen wirklichen Aufbruch mit dahingehenden Veränderungen, die die tägliche Arbeit in Klinik und Praxis wieder mit mehr Verständnis statt Arroganz füllen.

*Ingeborg Bannier  
Berlin*

**S**ie schildern Zustände, die mittlerweile Alltag im Gesundheitswesen darstellen. Jeder kennt das, es dürfte mittlerweile bekannt sein.

Was mich aber sehr befremdet – und das nicht nur mich, wie ich von Kollegen höre – ist Ihre Haltung, die Sie zu diesen Missständen einnehmen. Sie stellen es so dar, als hätten Sie nichts damit zu tun, als Betrachter von außen gesehen. Sie schreiben es sogar im letzten Absatz: „In diesem persönlichen Fall wird es möglicherweise durch Abwarten besser, in der Politik nicht!“

Gerade da, wo Ihre Stellungnahme zu erwarten ist, hören Sie mit dem Text auf! Sie richten den Artikel ans Ärztevolk, das sich ohnehin von seinen Vertretern nicht ernst genug genommen fühlt. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben es über Jahrzehnte zugelassen und durch eigene Unzulänglichkeit und Gier noch befördert, dass die ärztliche Würde zunehmend beschädigt wurde, der Gipfel in die-

sem Trend war die neue Berufsbezeichnung Leistungserbringer.

Wir haben schon längst bemerkt, dass Politik und Krankenkassen keine Kooperationspartner sind und der Ärzteschaft feindlich gegenüberstehen. (...) Die Ärzteschaft erwartet – und das können Sie im Internet aus allen Ecken hören und lesen – dass die Landesvertreter dafür sorgen, dass die Würde und der Respekt unserem Berufsstand

gegenüber wieder in geordnete Bahnen kommen müssen, dass der Erhalt der Freiberuflichkeit gesichert wird, dass für uns die gleichen Rechte gelten z.B. hinsichtlich Datenschutz wie für Juristen usw., es gäbe noch viele Baustellen zu nennen.

Die Landesvertreter werden von den Ärzten bezahlt. Dürfen sie nicht zu Recht auch angemessene Vertretung verlangen? (...)

*Dr. med. Ingrid Schwetling  
Berlin*

### Kommentar von Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Zunächst einmal möchte ich mich ganz herzlich für die zahlreichen Briefe, Mails und Anrufe bedanken, die ich nach meinem Editorial in der Januar-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE erhalten habe. Nie zuvor gab es eine solche Flut an Reaktionen auf ein Editorial. Offensichtlich habe ich damit einen neuralgischen Punkt getroffen.

Der überwiegende Teil war zustimmend hinsichtlich meiner Analyse der Zustände im deutschen Gesundheitswesen – manche waren kritisch. Exemplarisch können Sie hier zwei Zuschriften lesen. Vollkommen richtig ist, dass wir es nicht bei einer Zustandsbeschreibung belassen können. Dafür ist die Lage viel zu ernst. Es geht auch nicht um irgendeinen Einzelfall oder um Schuldfragen. Es geht um einen Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik! Die Ärztekammer Berlin mischt sich seit geraumer Zeit aktiv ein. Bereits 2001 hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vor der Einführung des DRG-Systems in Deutschland öffentlich gewarnt. Die damals prognostizierten negativen Folgen sind allesamt eingetreten und haben den Beruf des Arztes und sein Selbstverständnis grundlegend verändert – mit den geschilderten Folgen für die Patienten. Doch wir dürfen diese mit dem Schlagwort „Ökonomisierung“ betitelte negative Entwicklung nicht hinnehmen.

Bitte teilen Sie uns mit, an welchen Stellen Sie die negativen Auswirkungen der aktuellen Entwicklung für die Patientenversorgung zu spüren bekommen und was sich aus Ihrer Sicht ändern müsste. Für ihre politische Arbeit braucht die Ärztekammer Berlin Ihre Mitwirkung und Hinweise. Vielen Dank.

Aus- und Fortbildung

## MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE AUS- & FORTBILDUNG

### AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

Sie suchen eine/n Auszubildende/n? Auf der Ausbildungsplatzbörse der Ärztekammer Berlin für Medizinische Fachangestellte können Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot kostenfrei inserieren.

Bitte senden Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot (Ausbildungsstätte, Fachrichtung, Einstellungsdatum, ggf. weitere Angaben) per E-Mail an [onlineredaktion@aekb.de](mailto:onlineredaktion@aekb.de).

Ihre Anzeige wird nach Prüfung auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.

Ausbildungssuchende können mit der zur Verfügung stehenden Filterfunktion freie Ausbildungsplätze nach den gewünschten Bezirken und Fachrichtungen finden.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin sowie unter der Telefonnummer 4 08 06 – 26 26.

### FACHWIRT/IN FÜR AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG FORTBILDUNGSPRÜFUNG

Schriftliche Prüfungen im Sommer 2018

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten schriftlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für

Fortbildung

## Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Die Basis des Lernens aus Fehlern ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlern und praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

Termin: Die Blended Learning-Fortbildung wird in zwei Modulen durchgeführt:  
 Online-Modul: 24.10. – 21.11.2018  
 Präsenz-Modul: 22.11. – 24.11.2018  
 Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das Teilnehmerentgelt beträgt 650 €.

Anerkannt mit 34 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 14 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

Information und Anmeldung:

Elke Höhne, Tel. 030/40806-1402, E-Mail: [E.Hoehne@aekb.de](mailto:E.Hoehne@aekb.de)

ambulante medizinische Versorgung“ am 29. Mai 2018 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin durch. Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferin/Arzthelfer oder einen anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie.
2. Bescheinigung über die regelmäßige Teilnahme an der von einer Ärztekammer anerkannten Fortbildung in dem Handlungs- und Kompetenzfeld (Modul), in dem die Teilprüfung abgelegt werden soll, in beglaubigter Kopie.

Anmeldeschluss ist der 25. April 2018.

Die erforderlichen Anmeldeformulare können bei der Ärztekammer Berlin, Abteilung 3 – Berufsbildung angefordert werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

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

Nähere Informationen unter der Rufnummer: 030/40806 – 26 36.

Deutscher Ärztetag 2018

## Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten 2018

Die Bundesärztekammer veranstaltet in Kooperation mit den Landesärztekammern im Vorfeld des

121. Deutschen Ärztetages 2018

am 7. Mai 2018 von 13 – 17 Uhr.

im Panorama-Saal der Messe Erfurt eine interaktive Dialogveranstaltung zwischen den Ärztegenerationen zum Thema:

**Berufszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte**

Die Veranstaltung gliedert sich in zwei Themenblöcke:

1. Ein „Streitgespräch“ zu den beruflichen Erfahrungen und Erwartungen
2. Zwei inspirierende Kurzvorträge zu den Einflussmöglichkeiten der jungen Generation auf eine nachhaltige Berufszufriedenheit

Ziel der Veranstaltung ist es, den Austausch der Ärztekammern mit der jungen Ärztegeneration zu fördern, Perspektiven aufzuzeigen und gemeinsam berufspolitische Themen und Thesen zu diskutieren. Adressaten sind vorrangig Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie bis fünf Jahre nach der Facharztanerkennung.

Falls Interesse an einer Teilnahme besteht, bitten wir um rechtzeitige und verbindliche Anmeldung bis zum 30. April 2018 unter [www.baek.de/dialog](http://www.baek.de/dialog), da die Teilnehmerzahl begrenzt ist. Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung und Ihre Teilnahme.

# Wie geeignete Medizinstudierende finden?

Nach dem NC-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2017 muss das Auswahlverfahren für Medizinstudierende neu geregelt werden. Denn die Möglichkeit, das staatliche Studienangebot wahrzunehmen, ist nicht für alle gleich und daher nicht gerecht. Änderungsvorschläge gibt es bereits. Werden sie jetzt endlich beachtet? Wie gerecht sind die Auswahlverfahren? Wo liegen ihre Grenzen? Und welche Möglichkeiten bieten sie, aus der Vielzahl der Kandidaten diejenigen herauszufiltern, die sich für den besonderen Beruf des Arztes am besten eignen?

*Von Heike Grosse*



**W**ie kann man die Verfahren zur Auswahl von Medizinstudentinnen und -studenten sinnvoll nachbessern? Diese Frage beschäftigt vor allem die Bundesländer. Denn vermutlich müssen sie ihre Landesgesetze bis zum 31.12.2019 korrigieren. In der Kritik stehen die zentrale Vergabe der Stiftung für Hochschulzulassung und die hochschulinternen Auswahlverfahren.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts sind die Abiturdurchschnittsnoten der Bundesländer nicht vergleichbar und Wartezeiten von momentan bis zu 15 Semestern nicht zulässig. Auch darf die so genannte Ortspräferenz nicht wichtiger sein als die Abiturnote und das zentrale Auswahlverfahren muss neben der Abiturnote noch mindestens ein weiteres Kriterium beinhalten. Außerdem müssen die hochschulinternen Auswahlverfahren bundesweit strukturiert und vergleichbarer gestaltet werden.

Eine Veränderung des Auswahlverfahrens für Medizinstudenten forderte im Juli 2017 auch der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz. Er sprach sich für eine Beteiligung der Landesärztekammern bei der Auswahl aus, die nicht nur über die Abiturnote laufen sollte. Nach seinen Vorstellungen sollte jeweils ein Vertreter der Landesärztekammern in möglichen Prüfungsausschüssen sitzen. Schließlich sind die Ärztekammern für alle Ärzte ihr gesamtes Berufsleben lang zuständig und haben somit einen direkten Zugang zu den Anforderungen, die sich Ärzten im Arbeitsalltag stellen. Die Kammern sollten bei der Auswahl mitreden dürfen, um Studentinnen und Studenten auszuwählen, die das Potential haben, sowohl die hohen fachlichen als auch die entsprechenden sozialen Kompetenzen, die im Arztberuf unabdingbar sind, auszubauen, so Jonitz.

Um die fachlichen Kompetenzen, die zukünftige Ärztinnen und Ärzte für ihren Beruf brauchen, gibt es unterdessen weniger Diskussionen als um die

### Das NC-Urteil im Detail

Bis zum 31.12.2019 müssen entweder der Bund oder die einzelnen Bundesländer folgende Punkte des Zulassungsverfahrens für Bewerber im Fach Humanmedizin verändern:<sup>1</sup>

1. Bei der zentralen Auswahl der Bewerber muss zumindest ein weiteres Kriterium herangezogen werden.
2. Der gewünschte Studienort darf bei den 20% der Abiturbesten nicht wichtiger sein als die Abiturnote (d. h., wenn es am gewählten Ort einen höheren NC gibt als an einem anderen, dann muss entscheidend sein, dass der Bewerber einen Zugang zum Studium erhält und nicht die Ortswahl). Anders ist es bei der hochschulinternen Auswahl: Hier dürfen nur die Universitäten die erste Ortspräferenz heranziehen, die ein aufwändiges Auswahlverfahren durchführen (wie z.B. Auswahlgespräche). Allerdings darf die erste Ortswahl nicht für alle Studienbewerber des AdHs gelten, sondern nur für „eine begrenzten Anzahl“ (wie hoch diese Anzahl ist, wurde nicht konkretisiert). Verwendet eine Hochschule aber nur die Abiturnote für das interne Auswahlverfahren, ist der Ortswunsch als Voraussetzung für diese Auswahl unzulässig!
3. Bei der Abiturbestenquote darf die Ortsauswahl der Bewerber nicht auf sechs Studienorte begrenzt werden.
4. In den Quoten außerhalb der Abiturbesten muss ein Ausgleichsmechanismus zum bisher fehlenden bundeseinheitlichen Abitur geschaffen werden. Dies ist vor allem wichtig, weil oft die Dezimalstellen der Abiturnoten über die Vergabe eines Studienplatzes entscheiden.
5. Das hochschulinterne Auswahlverfahren muss ein weiteres Kriterium beinhalten, unabhängig von den Schulnoten. Dabei ist es wichtig, dass dieses Verfahren im Zusammenspiel mit der Abiturnote eine Eignung für das Studienfach und für die typischen sich anschließenden beruflichen Anforderungen hinreichend vorhersagt.
6. Die Hochschulen müssen ihre eigenen Auswahlverfahren bundesweit standardisieren und strukturieren. Dabei muss auch offengelegt werden, zu welchem Prozentsatz Test-Ergebnisse und Berufsausbildungen in das Verfahren miteinberechnet werden.
7. Bei der Vergabe von Studienplätzen über Wartezeiten muss diese Zeit begrenzt werden. Eine Grenze von vier Jahren wurde dabei von den Richtern nahegelegt.

sozialen Kompetenzen. Hier fragen sich auch zahlreiche universitäre Auswahlkommissionen, welche Kompetenzen Ärzte in Zukunft brauchen und wie man diese am besten misst. Am besten könnten geeignete fachlich begabte und empathische Studenten wohl in strukturierten Interviews mit Rollenspielen ausgelesen werden – da sind sich die Experten einig. Damit diese

auch an großen Gruppen zeitlich begrenzt durchgeführt werden können, braucht es Interview-Standards, wie zum Beispiel das Multiple Mini Interview (MMI). Für sehr große Gruppen von beispielsweise 1.000 Bewerbern ist

.....  
 1) [https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2017\\_18/nc\\_zv\\_ws17.pdf](https://zv.hochschulstart.de/fileadmin/media/zv/nc/wise2017_18/nc_zv_ws17.pdf)  
 [abgerufen am 20.1.2018]

allerdings auch dieser Test zu aufwändig. Hier könnte der Situational Judgment Test (SJT) ein geeigneteres Testverfahren sein – er prüft das generelle Urteilsvermögen. Zurzeit wird er in einem fakultätsübergreifenden Kooperationsprojekt von sechs Universitäten evaluiert. Es gibt insgesamt aber nur wenige Tests, die Fähigkeiten bzw. Werte wie Empathie wirklich valide und reliabel vorhersagen können (zu den Definitionen s. Kasten auf S. 18).

## Das zentrale Auswahlverfahren: Status quo

Im Moment regelt die Stiftung für Hochschulzulassung (SfH) die zentrale Auswahl von Studienbewerbern für das Fach Humanmedizin (bis 2008 „Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen“, ZVS). Denn schon lange ist die Anzahl der Bewerber für Medizin weit höher als die der Studienplätze. Für das letzte Wintersemester bewarben sich zum Beispiel fünf Bewerber auf einen Studienplatz.

Für dieses zentrale Verfahren werden die Bewerber seit der Erneuerung des Hochschulrahmengesetzes 2004 auf drei Quoten verteilt: 20 % der Plätze gehen an die Abiturbesten, weitere 20 an die Bewerber mit Wartezeiten und 60 % dürfen die Hochschulen seit dem Wintersemester 2005/06 nach dem jeweiligen Auswahlverfahren der Hochschulen (AdH) vergeben. Vor der Einteilung in die drei Quoten wird ein Teil der Studienplätze an besondere Antragssteller wie Härtefälle oder Nicht-EU-Ausländer vergeben, man spricht hier von einer „Vorabquote“.

## Hochschulinterne Auswahlverfahren

Die Mehrheit der staatlichen medizinischen Fakultäten (30 von 35) verwendet schon heute in ihren hochschulinternen Auswahlverfahren mindestens ein wei-

teres Kriterium neben der Abiturnote, wie es in dem Urteil aus Karlsruhe nun gefordert wurde (es gibt zwar 36 medizinische Fakultäten hierzulande, da sich die LMU und TU München aber das Auswahlverfahren und die Vorklinik teilen, wird hier von 35 Fakultäten gesprochen). Das heißt, nur noch eine Minderheit der 35 staatlichen Medizin-Unis wählt ihre Bewerber im hochschulinternen Verfahren nach dem reinen Abiturnoten-Durchschnitt aus.

Dabei liegt der Studierfähigkeitstest „Test für medizinische Studiengänge“ (TMS) oder auch Medizinertest als zusätzliches Kriterium für das AdH ganz weit vorne. Ihn benutzen 22 von 35 Fakultäten. Ein geringer Anteil der staatlichen Hochschulen wählt seine Bewerber über den Kenntnistest „Hamburger Naturwissenschaftstest“ (HAM-Nat) aus. Klassische Interviews werden im Studienfach Humanmedizin zurzeit an sechs staatlichen Universitäten durchgeführt. Fünf weitere Standorte lesen ihre Bewerber mithilfe von MMIs aus, die ebenfalls ein klassisches Interview beinhalten.<sup>2</sup> Über die Ergebnisse eines Interviews oder Tests wird dann ein Punktwert ermittelt, der eine Bewerber-Rangfolge abbildet.

An den privaten medizinischen Fakultäten wählen vier von sechs Hochschulen ihre zukünftigen Medizinstudenten über Gespräche aus. Diese Verfahren werden aber nicht von Gerichten überprüft, weil die privaten Hochschulen anderen Regeln hinsichtlich ihrer Auswahl unterliegen als die staatlichen. Das NC-Urteil schließt sie deshalb nicht mit ein.

## TMS und HAM-Nat

Der „Test für medizinische Studiengänge“, TMS, ist die Weiterführung des Medizinertests und wurde 1997 eingestellt, weil es für das Fach Humanmedizin immer weniger Bewerber gab. Neun

Jahre später belebte man ihn als zusätzliches Zulassungskriterium wieder neu. Er misst das Verständnis für naturwissenschaftliche und medizinische Problemstellungen, die Merkfähigkeit, die Genauigkeit der visuellen Wahrnehmung, das räumliche Vorstellungsvermögen, außerdem die Fähigkeiten, sich zu konzentrieren und sorgfältig zu arbeiten. Seine Beantwortung dauert etwas länger als fünf Stunden und Bewerber brauchen für ihn keine medizinischen Vorkenntnisse. Man kann sich auf die einzelnen Teile zwar auch vorbereiten, aber es geht hier nicht um Kenntnisse, die man lernen kann, sondern um Fähigkeiten, die trainiert werden können.<sup>3</sup>

Im Gegensatz dazu können sich Bewerber auf den Hamburger Naturwissenschaftstest, den HAM-Nat gut vorbereiten und so auch ihr Wissen verbessern, das sie für das Studium brauchen. Denn er erfasst naturwissenschaftliche Kenntnisse auf Oberstufenniveau, die für das Medizinstudium relevant sind.

Der HAM-Nat besteht aus fünf Teilen: Vier davon prüfen naturwissenschaftliches Wissen, ein Teil soll darstellen, wie gewandt und kreativ Bewerber in ihrer Wortwahl sind (verbales Schlussfolgern), und wie gut sie sich schriftlich ausdrücken können (Essay). Seine Beantwortung dauert zwei Stunden.

Das Testverfahren aus Hamburg sagt den Studienerfolg in den ersten zwei Jahren des Medizinstudiums voraus.<sup>4</sup> Mit Abiturnoten kombiniert (besonders mit sehr guten), kann man anhand seines Ergebnisses besser voraussagen, wie Bewerber die ersten zwei Jahre des Studiums meistern als durch die Abiturnote allein. Man spricht auch von einer hohen inkrementellen Validität. Bei einer Gegenüberstellung von HAM-Nat und TMS in Kombination mit der Abiturnote, hat der HAM-Nat einen höheren Voraussagewert als der TMS.

2) Schwibbe A et al (2018) Medizinstudierendenauswahl in Deutschland. Messung kognitiver Fähigkeiten und psychosozialer Kompetenzen. Bundesgesundheitsbl 61: S. 178-186. 3) [http://www.tms-info.org/fileadmin/pdf/informationsbroschuere\\_tms.pdf](http://www.tms-info.org/fileadmin/pdf/informationsbroschuere_tms.pdf) [abgerufen am 20.2.2018]

4) Hissbach JC et al (2011) Dimensionality and predictive validity of the HAM-Nat, a test of natural sciences for medical school admission. BMC Med Educ, 11: S. 83



Foto: W. Peitz (Charité)

**Burkhard Danz**  
Leiter des Geschäftsbereichs Studium und Lehre  
an der Charité Berlin

## Seit 2013 HAM-Nat an der Charité

Die Charité führte den Hamburger Naturwissenschaftstest (HAM-Nat) 2013 ein, nachdem der Europäische Gerichtshof (EuGH) die medizinische Fakultät für ihr Auswahlverfahren gerügt hatte. Denn das Auswahlverfahren für Humanmedizin an der Charité Berlin bilde die Vielfalt der europäischen Abiturformen nicht ausreichend ab. „Auch Auswahlverfahren anderer Staaten hatten eine Rüge bekommen, aber wir wurden vom Land Berlin im Gegensatz zu den ausländischen Fakultäten aufgefordert, unser Auswahlverfahren sofort zu verändern“, begründet Dipl.-Psych. Burkhard Danz, Leiter des Geschäftsbereichs Studium und Lehre an der Charité Berlin, die damalige Entscheidung für den HAM-Nat. Der EuGH hatte bemängelt, dass die Charité neben der Abiturnote einzelne naturwissenschaftliche Fachnoten im Abitur heranzog, die nicht jedes Abiturzeugnis ausweist. „Weil die Hamburger schon mit dem HAM-Nat in der Auswahl gearbeitet und auch Gerichte ihn bereits als zulässig überprüft hatten, haben wir uns für diesen Test entschieden, den wir auch

aktiv weiterentwickeln“, erläutert Danz weiter. „In unseren Augen hat er sich bewährt und wählt die Studenten aus, die unseren Vorstellungen entsprechen.“

## Das Multiple Mini-Interview

Im Vergleich zum HAM-Nat und dem TMS sind Auswahlgespräche, so genannte Interviews, wesentlich aufwändigere Auswahlverfahren. Besonders gut strukturiert und auch international bewährt ist die Interview-Batterie „Multiple Mini Interview“. Sie besteht aus mehreren Stationen mit unterschiedlichen Aufgaben, unterschiedlichen Interviewern und Juroren. Die Anzahl der Stationen kann nach Bedarf variiert werden. Besonders teuer und kompliziert ist die Implementierung des MMIs. Dafür ist die Validität und Reliabilität des MM-Interviews im Vergleich zu klassischen Interviews deutlich höher.<sup>5</sup>

An der Technischen Universität Dresden gehört das MMI seit 2009 zur hochschulinternen Auswahl. Hier werden die Bewerber an vier Stationen jeweils 12 Minuten lang zu den Themen Motivation, Präsentation, situative Fragen und Flexibilität befragt. Eigentlich handelt es sich bei dem MMI-Parcours in Dresden um eine Kombination aus einem OSCE (objective structured clinical examinati-

on) und einem Multimodalen Interview aus dem Bereich der Personalauswahl.

In ihrem Test hat sich die Medizinische Fakultät Dresden bewusst dafür entschieden, die Teilnehmer nur an vier Stationen, dafür aber länger zu testen. „Denn wir wollen die einzelnen Bewerber lieber ein bisschen länger sehen“, erklärt Dipl.-Psych. Mike Hänsel, Projektleiter des Auswahlverfahrens an der Medizinischen Fakultät Dresden und klinischer Psychologe an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie. „Dafür nehmen wir eine leicht geringere Reliabilität in Kauf.“ Bei einer längeren Interviewzeit könnten geschulte Interviewer sozialerwünschten Antwort-Tendenzen und stressbedingten Reaktionen besser gegensteuern. Davon profitiere dann die Authentizität der Gespräche.

An einer Station soll der Bewerber seinen biografischen und beruflichen Hintergrund erläutern, sowie seine Studien-Motivation. An einer anderen müssen die Auswahl-Kandidaten eine dreiminütige Präsentation zu einem Thema halten, das ihnen ein bis zwei Wochen vorher mit dem Einladungsanschreiben geschickt wurde. Dabei sollen sie ein naturwissenschaftliches Thema auf Oberstufen-Niveau erklären. An der „Station der situativen Fragen“ wird in



Foto: Charité

Der HAM-Nat-Test an der Charité.

5) Patterson F et al (2016) How effective are selection methods in medical education? A systematic review. Med Educ 50: S. 36-40





Luca Salhöfer

*bvmd-Bundeskoordinator für die medizinische Ausbildung*

zwei Rollenspielen geprüft, wie sich der zukünftige Medizinstudent in Situationen hineindenken kann. Einmal möchte zum Beispiel ein Kind sein Medikament nicht einnehmen, in einem zweiten Rollenspiel kritisiert ihn der Chef als Assistenzarzt für eine falsche Behandlung. An der Station, die bei den Bewerbern am meisten Stress erzeugt, wird eine Situation simuliert, in der beispielsweise eine Person medizinischer Hilfe bedarf. Der Bewerber muss die hilflose Person betreuen und eine kurze Anamnese erstellen. Anschließend fragt ein Prüfer Details zur Situation und Anamnese. Hier wechseln sich informative Fragen und medizinische Fragestellungen als Ersatz für einen rein naturwissenschaftlichen Test ab.

## Gerechtere Bewerberauswahl schon lange gefordert

Neben dem Berliner Ärztekammerpräsidenten drängen auch andere medizinische Verbände auf weitere Kriterien für die Medizinstudenten-Auswahl neben der Abiturnote – zum Beispiel den TMS oder HAM-Nat. Schon 2015 machte die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) den Vorschlag, neben den Abiturnoten auch Berufsausbildung, Freiwilligendienste und einen Studierfähigkeitstest zur Auswahl von Bewerbern für ein Medi-

zinstudium zu nutzen. Diese Forderung wiederholte die bvmd im Juli 2017 in einer gemeinsamen Stellungnahme mit dem Medizinischen Fakultätentag (MFT) und ergänzte den Vorschlag um den Situational Judgement Test (SJT). Anlass für die Positionspapiere waren die Verhandlungen für den „Masterplan Medizinstudium 2020“ (MM2020), der im März 2017 endlich nach langem Ringen verabschiedet wurde (siehe Kasten Masterplan Medizinstudium 2020).

„Das Positionspapier mit unserem Reformvorschlag des Auswahlverfahrens liegt ja schon seit Sommer 2017 vor, aber bisher haben alle gesagt, sie wollten erst das NC-Urteil abwarten“, beschreibt Dr. Frank Wissing, Staatssekretär des MFTs, die Reaktionen der Politik auf das Schreiben. Dabei sei eine Reform des Zulassungsverfahrens für angehende Medizinstudenten schon lange notwendig.

Diese Meinung teilt auch Luca Salhöfer, Bundeskoordinator für Medizinische Ausbildung der bvmd: „Aus unserer Sicht war das Urteil schon lange überfällig. Aber es kommt jetzt genau zur richtigen Zeit. Wir fordern die politisch Verantwortlichen mit Nachdruck dazu auf, das Zulassungsverfahren vollständig und zeitnah zu reformieren!“

Beide Verbände wollen die Bewerber mittels eines zentralen Punktwertes auswählen. Dieser soll sich zu 40 % aus der Abiturnote zusammensetzen, weitere 40 % soll das Ergebnis eines fachspezifischen Studierfähigkeitstests liefern (wie TMS oder HAM-Nat), 10 % steuern berufspraktische Erfahrungen bei und 10% des Punktwerts speisen sich aus dem Ergebnis eines SJTs.<sup>6</sup> Auf der Basis dieser zentralen Vorauswahl könnten die Bewerber dann in aufwändigeren Verfahren wie dem MMI weiter an den einzelnen Hochschulen ausgelesen werden.

## Erläuterung statistischer Begriffe

### Reliabilität:

Kommt ein Test unter gleichen Bedingungen zum gleichen Ergebnis?

### Validität:

Misst eine Messmethode tatsächlich das, was sie messen soll?

### Inkrementelle Validität:

Gibt den Zuwachs an Varianzaufklärung in einem Kriterium an, wenn ein Verfahren zusätzlich zu einem anderen Verfahren eingesetzt wird. Beispielsweise könnte man die Frage stellen, ob ein Persönlichkeitstest eine zusätzliche Vorhersageleistung für das Kriterium Studienerfolg bringt, die über die Vorhersage durch Schulnoten hinausgeht. Wenn ein Persönlichkeitstest dies leistet, sagt man, er hat mit den Schulnoten eine hohe inkrementelle Validität.

## Der Situational Judgement Test

Bei dem SJT handelt es sich um einen Leistungstest, der sich effektiv bei großen Personengruppen durchführen lässt. In England und Kanada wird dieser Test bereits seit 10 bis 15 Jahren zur Auswahl von Medizinstudenten verwendet.

Hierzulande untersuchen Wissenschaftler an der medizinischen Fakultät Hamburg seit 2011 verschiedene SJT-Formate. Bisher haben die Bewerber allerdings freiwillig an dem Verfahren teilgenommen, ohne Relevanz für die Auswahl. Die Spannweite der in Hamburg untersuchten SJTs reichte von einem

6) Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Medizinischer Fakultätentag (MFT) (2017) Vorschlag für ein neues Modell der Studierendenauswahl in der Medizin. [http://www.mft-online/files/vorschlag\\_fuer\\_ein\\_neues\\_auswahlverfahren\\_von\\_mft\\_und\\_bvm.pdf](http://www.mft-online/files/vorschlag_fuer_ein_neues_auswahlverfahren_von_mft_und_bvm.pdf) [abgerufen am 20.2.2018]

## Interview mit Dipl.-Psych. Anja Schwibbe über den SJT



Foto: privat

**Wie könnte man den Situational Judgment Test (SJT) am besten beschreiben?**

Der SJT ist eine Methode, bei dem Situationen vorgestellt werden, die an einem Punkt mit verschiedenen Handlungsoptionen enden. Wir verwenden hier eine Skala von eins bis vier, auf der diese Optionen eingeschätzt werden müssen. Generell gibt es aber viele Möglichkeiten an Skalen, um diese Handlungsoptionen zu bewerten.

In diesen Test lassen sich viele Inhalte integrieren. Hier in Hamburg wollten wir wichtige Studien- und Arbeitssituationen überprüfen. Uns war auch besonders wichtig, dass man für diesen Test kein medizinisches Vorwissen braucht.

**Wie sind sie bei der Konzeption vorgegangen?**

Bei den ersten SJTs haben wir mit der Frage angefangen, welche Kompetenzen ein Arzt in 25 Jahren braucht. In einem zweiten Schritt haben wir überlegt, welche Eigenschaften sich davon in einem SJT messen lassen. Und da haben sich neun herauskristallisiert: Kommunikationsfähigkeit, Integrität, Empathie (Perspektivenübernahme), Teamfähigkeit, effiziente Entscheidungsfindung, kritisches Denken, Selbstregulation, Problemlösefähigkeit und ein Bewusstsein für ethische Fragen im medizinischen Kontext.

**Wie stellt man sich die Durchführung des Tests vor? Werden hier Videos gezeigt?**

Nein, der gemeinsam entwickelte SJT ist nicht videobasiert. Das wäre für eine große Anzahl an Bewerbern zu aufwändig! Wir haben jetzt eine Version in schriftlicher, papierbasierter Form. Die kann man auch mit großen Bewerberzahlen durchführen und ihn unkompliziert in eine Version umwandeln, die beispielsweise auf einem Tablet läuft.

**Wann können Sie erste Aussagen zur Vorhersage-Validität treffen?**

Unseren SJT-Prototyp testen wir jetzt in der zweiten Version. Ein Problem bei Aussagen zur Vorhersagekraft ist, dass die Studenten erst mal ein paar Jahre studieren müssen, damit wir inhaltlich passende Messzeitpunkte im Studium nutzen können. Denn Ergebnisse aus den ersten beiden Studienjahren, in denen es besonders um naturwissenschaftliche Kenntnisse geht, sagt der SJT ja nicht voraus. Das ist zumindest unsere Annahme.

Es ist auch schwierig, überhaupt einen Messzeitpunkt im Studium zu finden. Die ersten Korrelationen mit den Testergebnissen des SJTs erwarten wir bei den Patientenkontakten, die bei uns meist simuliert werden. Einen Zeitpunkt, an dem wir die inhaltliche Korrelation mit dem SJT messen könnten, wäre die erste große Prüfung mit diesen Patientenkontakten. Das ist in unserem Modellstudienengagement erst das „Normal-Funktions-OSCE“ nach dem vierten Semester. Denn obwohl unsere Medizinstudenten früh mit Patienten konfrontiert werden, lernen auch sie in den ersten zwei Jahren vor allem naturwissenschaftliche Grundlagen.

**Wie sieht es mit der Reliabilität aus?**

Man kann nicht in einem Satz zusammenfassen, wovon die Reliabilität abhängt. Je nachdem welches Verständnis von Reliabilität man benutzt, gibt es

verschiedene Bestimmungsmöglichkeiten. Es kommt darauf an, was man messen will und in welcher Ausgestaltung. Davon hängen dann auch die Testwerte ab. Cronbachs  $\alpha$  als Maß der internen Konsistenz sollte zum Beispiel hohe Werte annehmen, wenn die verschiedenen Situationen und Handlungsoptionen nur auf einer Dimension erfasst werden. Bei mehreren Dimensionen in einem SJT mit beispielsweise je zwei Aufgaben, wäre die interne Konsistenz eher geringer und die Retest-Reliabilität ein brauchbareres statistisches Maß.

**Gibt es eine SJT-Version, die man bis Ende 2019 routinemäßig einsetzen könnte?**

Der SJT ist noch nicht fertig entwickelt, aber es gibt eine Version mit verschiedenen Szenarien, Antwortmöglichkeiten und einem Bewertungsschlüssel, den man einsetzen könnte. Doch auf der einen Seite können wir die prädiktive Validität aus den genannten Gründen noch nicht zeigen. Auf der anderen Seite können wir nicht sagen, dass unser SJT aufgrund der niedrigen internen Konsistenz schlecht ist. Die ist natürlich dann hoch, wenn die Aufgabeninhalte ähnlich sind, aber das war nicht das Ziel unserer Testentwicklung. Wenn man den SJT jetzt einsetzt, muss man die Ungewissheiten kennen, die ein nicht fertig entwickeltes Testformat mit sich bringt.

**Haben Sie den SJT auch selbst ausprobiert?**

Ja. Meine Befürchtung war, dass man die sozial erwünschten Antworten schnell von den sozial nicht-erwünschten Antworten trennen kann. Das war aber nicht der Fall. Ob der Bewerber in dem Moment, den das SJT zeigt, in der Realität genau so handeln würde, wissen wir natürlich nicht. Aber wenn man weiß, was eine angemessene Handlung ist, ist das unserer Meinung nach schon mal eine gute Voraussetzung. Dann hat der Bewerber zumindest ein grundlegendes Verständnis davon, was in einer bestimmten Situation sozial kompatibel ist.



Frank Wissing  
Generalsekretär Medizinischer Fakultätentag

## FORTSETZUNG VON SEITE 18

videobasierten Test mit freiem Antwortformat, über ein videobasiertes Verfahren bis hin zu einem papierbasierten mit einem standardisierten Fragebogen. Dabei müssen bis zu sieben Handlungsoptionen auf einer vierstufigen Skala in ihrer Angemessenheit eingeschätzt werden.

### Was ist der MM2020?

Der Masterplan Medizinstudium 2020 will eine Reform des Medizinstudiums anstoßen.

Zentrale Punkte sind neben der Reform der Zulassung auch die Stärkung der Allgemeinmedizin und eine praxisnähere Gestaltung des Studiums. Auf den MM2020 einigten sich im März 2017 die Vertreter der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder, Vertreter der Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages, der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und die damalige Bundesforschungsministerin Johanna Wanka.

Auch mit diesem Verfahren könnte man die sozialen Kompetenzen der Studienbewerber messen, die beispielsweise Kammerpräsident Jonitz stärker im Auswahlprozess gewichtet sehen möchte. Die Formate zeigten aber bisher keine befriedigende Reliabilität. Allerdings ist die Frage der Reliabilität im Falle des SJTs sehr schwer zu beantworten, weiß Dipl.-Psych. Anja Schwibbe aus der Arbeitsgruppe für Auswahlverfahren des UKE (siehe Interview auf S. 19).

Nachdem neben Hamburg auch die medizinischen Fakultäten Heidelberg und Oldenburg einen videobasierten Test bei der Bewerber-Auswahl ausprobiert hatten, einigten sich diese Fakultäten gemeinsam mit Göttingen, Münster und Witten/Herdecke darauf, einen fakultätsübergreifenden SJT zu entwickeln. Im Moment sind die Untersuchungen zur Vorhersage-Validität aber noch nicht abgeschlossen.

Auch die Bundesregierung hat geplant, den SJT genauer wissenschaftlich zu überprüfen. Dazu schrieb das Bundesministerium für Bildung und Forschung ein Projekt aus, das auch die Validität von Testverfahren wie dem SJT untermauern soll. „Das Projekt ist für drei Jahre geplant“, berichtet MFT-Staatssekretär Dr. Frank Wissing, „aber bis dahin muss das NC-Urteil längst umgesetzt sein.“

Trotz der Bedenken freut sich auch der MFT über das Urteil. Denn jetzt müsse endlich einmal etwas passieren, so Wissing. „Am einfachsten ließen sich die Karlsruher Vorgaben über ein Bundeszulassungsgesetz regeln“, findet er. „Aber danach sieht es erst mal nicht aus. Vielmehr werden sich die Bundesländer sehr schnell in einem gemeinsamen Staatsvertrag auf ein zukünftiges Auswahlverfahren festlegen müssen.“

Von wem und wie das NC-Urteil des Bundesverfassungsgerichts auch immer umgesetzt wird – es bleibt zu hoffen, dass die Universitäten es bis Ende 2019 schaffen, neben der Abiturnote noch

weitere Verfahren in der Auswahl zu etablieren, die valide und operationalisierbar sind. Nach Wissmanns Ansicht müssten die Grundzüge eines neuen Bewerbungsverfahrens allerdings schon bis zum Sommer dieses Jahres geklärt sein. Denn nur so könnten sie den Bewerbern auch rechtzeitig mitgeteilt werden.

Ob es mit den vorgestellten Verfahren „gerechter“ und besser gelingt, für den Arztberuf geeignete Kandidatinnen und Kandidaten herauszufiltern, wird sich zeigen müssen. Vielversprechende Ansätze, den künftigen guten Arzt zu finden, sind zwar vorhanden. Doch es wird wohl noch eine Weile dauern, bis hier der Königsweg gefunden ist.

Heike Grosse  
Ärztin und Wissenschaftsjournalistin

## IN KÜRZE

- Das NC-Urteil zur Auswahl von Medizinstudenten an staatlichen Universitäten soll bis 31.12.2019 umgesetzt werden.
- Die Änderungen betreffen Ortspräferenzen, die Auswahlverfahren der Hochschulen und Ausgleichsmöglichkeiten der Abiturnoten im zentralen Auswahlverfahren.
- Der Medizinische Fakultätentag (MFT) & die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bmvd) schlagen vor, neben der Abiturnote den Medizinertest (TMS) oder den Hamburger Naturwissenschaftstest (HAM-Nat), medizinische Berufsausbildungen, Wettbewerbspreise und den Situational Judgement Test (SJT) in das zentrale Auswahlverfahren zu integrieren.
- Ein bundesweiter SJT wird zurzeit von sechs Universitäten entwickelt.

Eine Liste der einzelnen universitären Auswahlverfahren senden wir Ihnen auf Wunsch gerne zu. Bitte wenden Sie sich dazu per E-Mail an: [presse@aekb.de](mailto:presse@aekb.de)

# Einfluss von Industrie-Sponsoring auf klinische Studien: Im schlimmsten Fall „gekaufte Evidenz“?



Von Falk Schwendicke im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM – [www.ebm-netzwerk.de](http://www.ebm-netzwerk.de))

Zahlreiche randomisiert-kontrollierte klinische Studien in diversen Feldern, z.B. in der Arzneimittel- oder Medizinproduktforschung, werden durch Industrieunternehmen (Arzneimittelhersteller, Medizinprodukte- oder Materialhersteller) entweder ko-finanziert oder sogar initiiert und entsprechend vollfinanziert. Ein Sponsoring wirft eine Reihe von Fragen auf:

1. Sind industrie-gesponserte (kurz: „gesponserte“) Studien in ihrer Durchführung signifikant verschieden von nicht-gesponserten Studien?
2. Sind die Ergebnisse gesponserter Studien signifikant verschieden von denen nicht-gesponserter Studien?
3. Werden die Ergebnisse gesponserter Studien signifikant anders dargestellt als die Ergebnisse nicht-gesponserter Studien?

Diesen Fragen zugrundeliegend ist die Sorge, ein etwaiger Interessenskonflikt der Studienleitung und -ärzte könnte zu Verzerrungen in allen drei Bereichen – Durchführung, Ergebnisgenerierung und Ergebnisdarstellungen – zugunsten des gesponserterten Produktes (z.B. eines neuen Medikamentes, eines technischen Gerätes oder eines Verbrauchsmaterials) führen, im schlimmsten Fall somit in (überspitzt formuliert) „gekaufter Evidenz“ enden.

Zur ersten Frage sind eine Reihe von möglichen Verzerrungsmechanismen denkbar: So können die Generierung der Randomisierungssequenz (welcher Patient erhält zufällig welche Therapie?) und ihre Zuordnung (Allokation) beeinflusst werden. Beides hat signifikanten Einfluss auf

die Validität der Studie, überschätzen doch Studien, die hier nicht rigoros operieren, systematisch den positiven Effekt der Test- im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Auch die Verblindung, beispielsweise der Teilnehmer oder auch des untersuchenden Arztes, sind entscheidende Faktoren. Teilnehmer, die ein „neues“ und vermeintlich besseres Medikament erhalten und sich dessen bewusst sind, berichten signifikant positiver über dieses Medikament. Auch Untersucher, die an einer durch das Sponsoring unterstützten Institution angestellt sind, könnten bewusst oder unbewusst angehalten sein, dem gesponserterten Produkt eine bessere Bewertung (gerade im Fall „weicher“ Endpunkte) zukommen zu lassen (der harte Endpunkt „Tod“ lässt sich beispielsweise nur schwer verzerren). Auch der Umgang mit Teilnehmern, die aus der Studie ausscheiden (Attrition), kann zu signifikanten Verzerrungen führen. Schlussendlich kann ein sogenanntes „selektives“ Berichten, also das Weglassen unliebsamer Ergebnisse, oder auch der gänzliche Verzicht auf die Publikation einer insgesamt wenig positiven Studie zu falschen Schlussfolgerungen, beispielsweise zur Wirksamkeit eines Medikaments, führen (Page et al., 2014, Moher et al., 1998, Saltaji et al., 2017, Abraha et al., 2015, Lundh et al., 2017, Schulz and Grimes, 2002). Aus diesen diversen, aber auch weiteren möglichen, unbeobachteten Verzerrungen können schließlich verzerrte (über-optimistische) Ergebnisse zugunsten des gesponserterten Produktes entstehen. Oftmals sind zudem nicht alle, sondern nur bestimmte Ergebnisse positiv (beispielsweise in einzelnen Subgrup-

pen von Patienten oder Interventionen), diese werden dann herausgestrichen (sog. „Spin“) (Boutron et al., 2010).

Ein kürzlich veröffentlichtes Cochrane Review hat das Verzerrungsrisiko (also die Durchführung- und Berichtsqualität) sowie die Ergebnisse von gesponserterten und nicht-gesponserterten Studien von Arzneimitteln und Medizinprodukten untersucht (Lundh et al., 2017). Die Autoren schlossen beobachtende und kontrollierte Studien sowie Reviews und Meta-Analysen ein. Die Endpunkte der Untersuchung waren die Häufigkeit von positiven Ergebnissen für die Testgruppe im Vergleich mit der Kontrollgruppe, die Größe des Effektes (also der Unterschied zwischen den Gruppen), das Verzerrungsrisiko und die Übereinstimmung von publizierten Schlussfolgerungen und den tatsächlich gefundenen Studienergebnissen (Spin). Basierend auf insgesamt 75 Studien zeigten die Autoren, dass gesponserterte Studien 27% häufiger positive Ergebnisse auffinden (RR: 1.27; 95% CI: 1.17 - 1.37) und sogar 34% häufiger über positive Ergebnisse berichten (RR: 1.37; 95% CI: 0.64 - 2.93) als nicht-gesponserterte Studien. Gesponserterte Studien wiesen dementsprechend auch häufiger positive Schlussfolgerungen auf, die nicht durch positive Ergebnisse belegt waren (Spin). Gesponserterte Studien waren dabei interessanterweise nicht signifikant anfälliger für Verzerrungsrisiken, die aus der Randomisierung und ihrer Zuordnung erwachsen könnten, und waren sogar signifikant häufiger robust verblindet als nicht-gesponserterte Studien. Zusammenfassend waren die Ergebnisse und auch die Ergebnisdarstellung gesponserter Studien signifikant zugunsten des Sponsors verzerrt. Dies war allerdings nicht mit der Durchführungsqualität der Studien assoziiert. An dieser Stelle sollte allerdings angemerkt werden, dass scheinbar nicht alle medizinischen Felder glei-

chermaßen einem Verzerrungsrisiko durch Industrie-Sponsoring unterliegen (Reda et al., 2017, Schwendicke et al., 2016)

Schlussfolgernd ist beim Umgang mit gesponserten Studien Vorsicht geboten: Da es scheinbar nur schwer möglich ist, das Verzerrungsrisiko einer einzelnen Studie anhand der Durchführungsqualität zu bestimmen (diese könnten kritische Leser ja gegenprüfen), sondern nur durch einen systematischen Vergleich gesponserter und nicht-gesponserter Studien, sollten kritische Anwender Meta-Untersuchungen (wie beispielsweise das Cochrane Review oder auch disziplin-spezifische Analysen) zu Rate ziehen, bevor sie zur Anwendung neuer Therapien auf der Basis vermeintlich robuster Studien übergehen.

Ein letzter Wermutstropfen: Die besagten Verzerrungen und Verzerrungsmechanismen wurden nicht nur bei Industrie-Sponsoring beobachtet. Auch Akademiker unterliegen einem Druck, positive Ergebnisse zu erzeugen oder eine

Therapie/ein Verfahren, auf dem sie der Experte sind, positiv zu bewerten und darzustellen. Dieser sog. „academic bias“ oder „professional bias“ ist jedoch noch deutlich schwerer nachzuweisen (Shaw, 2014). Ein kritischer Umgang mit Studienergebnisse bleibt demnach – wie immer – angezeigt.

**Korrespondenz**

Priv.-Doz. Dr. Falk Schwendicke, MDPH  
Stellvertretender Abteilungsleiter  
Abteilung für Zahnerhaltung und  
Präventivzahnmedizin  
CharitéCentrum 3 für Zahn-,  
Mund- und Kieferheilkunde  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Alßmannshäuser Str. 4-6  
14197 Berlin  
falk.schwendicke@charite.de

**Referenzen**

Abraham, I., Cherubini, A., Cozzolino, F., De Florio, R., Luchetta, M. L., Rimland, J. M., Folletti, I., Marchesi, M., Germani, A., Orso, M., Eusebi, P. & Montedori, A. (2015) Deviation from intention to treat analysis in randomised trials and treatment effect estimates: meta-epidemiological study. *BMJ* 350, h2445. doi:10.1136/bmj.h2445.

Boutron, I., Dutton, S., Ravaud, P. & Altman, D. G. (2010) Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary

outcomes. *JAMA* 303, 2058-2064. doi:10.1001/jama.2010.651.

Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B. & Bero, L. (2017) Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2, MR000033. doi:10.1002/14651858.MR000033.pub3.

Moher, D., Pham, B., Jones, A., Cook, D. J., Jadad, A. R., Moher, M., Tugwell, P. & Klassen, T. P. (1998) Does quality of reports of randomised trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet* 352, 609-613. doi:10.1016/S0140-6736(98)01085-X.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Kirkham, J., Dwan, K., Kramer, S., Green, S. & Forbes, A. (2014) Bias due to selective inclusion and reporting of outcomes and analyses in systematic reviews of randomised trials of healthcare interventions. *Cochrane Database Syst Rev*, MR000035. doi:10.1002/14651858.MR000035.pub2.

Reda, S., Elhennawy, K., Meyer-Luckel, H., Paris, S. & Schwendicke, F. (2017) Industry sponsorship in trials on fluoride varnish or gels for caries prevention. *Community Dent Oral Epidemiol* 45, 289-295. doi:10.1111/cdoe.12287.

Saltaji, H., Armijo-Olivo, S., Cummings, G. G., Amin, M., da Costa, B. R. & Flores-Mir, C. (2017) Impact of Selection Bias on Treatment Effect Size Estimates in Randomized Trials of Oral Health Interventions: A Meta-epidemiological Study. *J Dent Res*, 22034517725049. doi:10.1177/0022034517725049.

Schulz, K. F. & Grimes, D. A. (2002) Blinding in randomised trials: hiding who got what. *Lancet* 359, 696-700. doi:10.1016/S0140-6736(02)07816-9.

Schwendicke, F., Tu, Y. K., Blunck, U., Paris, S. & Gostemeyer, G. (2016) Effect of Industry Sponsorship on Dental Restorative Trials. *J Dent Res* 95, 9-16. doi:10.1177/0022034515609270.

Shaw, D. M. (2014) Beyond conflicts of interest: Disclosing medical biases. *JAMA* 312, 697-698. doi:10.1001/jama.2014.8035.

**Leserbrief zur Kolumne**

**„Viel Lärm um nichts: Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung?“**

Zur Kolumne „Viel Lärm um nichts: Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung?“ von Professor Dr. phil. Gabriele Meyer im Auftrag des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM) in Heft 2/2018, S. 4, erhielten wir nachfolgenden Leserbrief:

**W**ir haben den Artikel von Frau Prof. G. Meyer mit Interesse zur Kenntnis genommen. Jenseits aller Polemik dieses Beitrages bedürfen die Ausführungen von Frau Meyer einiger Richtigstellungen. Den folgenden Kommentar können die Autoren naturgemäß nur als Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) abgegeben, wengleich die Argumente drüber hinaus durchaus Gültigkeit haben dürften.

1. Frau Meyer apostrophiert die Initiative Choosing wisely [zu Deutsch: „klug entscheiden“] als viel Lärm um nichts. Sie bezieht sich dabei nahezu ausnahmslos auf die amerikanische Variante der Initiative, die ausschließlich auf diagnostische und therapeutische Maßnahmen fokussiert, die keinen Patientennutzen haben und daher als Überversorgung klassifiziert werden sollen. Sie übersieht dabei geflüchtig, dass die deutsche Variante,

getragen von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), in gleicher Weise auch solche Themenfelder adressiert, in denen sinnvolle und Evidenz-basierte Maßnahmen unterbleiben, obwohl ihr Patientennutzen durch entsprechende Studiendaten belegt ist (Unterversorgung). Insofern unterscheidet sich die Initiative in Deutschland – zumindest soweit sie von der DGIM verantwortet und von der DGVS aktiv unterstützt wird – gravierend von der amerikanischen Variante.

2. Die Evidenz-Basierung der entsprechenden Empfehlungen wird von Frau Meyer ausschließlich anhand der amerikanischen Empfehlungen beurteilt und kritisiert, ein Bezug zu den entsprechenden deutschen Empfehlungen fehlt völlig.
3. Die DGVS hat in den letzten Jahren eine Fülle von Evidenz-basierten

Leitlinien erarbeitet, aus denen einige zentrale Empfehlungen in die Kampagne „klug entscheiden“ übernommen wurden [1]. Es wurde dabei großer Wert darauf gelegt, dass diesen Empfehlungen nahezu ausschließlich ein hoher Evidenzgrad zugrunde liegt. Insofern geht der Vorwurf von Frau Meyer ins Leere, dass die „wissenschaftliche Vertrauenswürdigkeit bei einer bedeutenden Anzahl unklar ist“.

4. Problematisch ist der Verweis von Frau Meyer auf die Patientenerwartungen [2], ob die Empfehlungen der klug entscheiden-Kampagne den Entscheidungshilfen der Patienten entsprechen. Kein rauchender Crohn-Patient wird unmittelbar überzeugt sein, wenn ihm ausdrücklich eine Nikotin-Abstinenz angeraten wird, weil dadurch der Verlauf des Morbus Crohn (mit hoher Evidenz) nachhaltig positiv beeinflusst wird. Dabei ist unstrittig, dass diese Information dem Patienten verständlich und ausgewogen vermittelt werden muss.
5. Der Vorwurf, klug entscheiden diene ausschließlich der Imagepflege der Fachgesellschaften und würde diese davon abhalten, die „Weiterentwicklung der Implementierung der Evidenz-basierten Medizin“ voranzutreiben, ist absurd: gerade die DGVS mit ihrem stetigen Ausbau der Evidenz-basierten Leitlinien ist der offensichtliche Gegenbeweis.

Man mag darüber diskutieren, ob jeder der Empfehlungen, die in die klug entscheiden-Initiative eingebracht wurden, der hohe Stellenwert zukommt, den sie angesichts der Medienwirksamkeit haben sollte. Indes erscheint es absolut sinnvoll, bestimmte Evidenz-basierte Maßnahmen, die häufig zu Unrecht nicht oder fälschlicherweise zu oft bzw. überhaupt durchgeführt werden, als solche zu brandmarken und dazu beizutragen, dass ihnen der gebührende Platz in Diagnostik und Therapie zukommt bzw. sie aus dem ärztlichen Handeln eliminiert werden. Ein solches Bemühen als „viel Lärm um nichts“ zu diskreditieren ist weder ärztlich begründbar noch sachlich gerechtfertigt.

[1] Koop H, Lynen Jansen P, Zeuzem S: Klug-entscheiden-Empfehlungen in der Gastroenterologie. Internist 2017; 58:539-544

[2] Légaré F, Hébert J, Goh L, et al: Do choosing wisely tools meet criteria for patient decision aids? A descriptive analysis of patient materials. BMJ Open 2016; 6:e011918

Prof. Dr. med. Herbert Koop  
Priv.-Doz. Dr. Petra Lynen Jansen  
Prof. Dr. Britta Siegmund  
Deutsche Gesellschaft für  
Gastroenterologie, Verdauungs- und  
Stoffwechselkrankheiten

### Erwiderung zu diesem Leserbrief von Prof. Dr. phil Gabriele Meyer für den geschäftsführenden Vorstand des DNEbM

Mit kräftiger Rhetorik verwehren sich die Vertreterinnen und der Vertreter der DGVS gegen die Kritik an der Choosing Wisely Initiative. Die Polemik und die haltlosen Argumente würden eine Richtigstellung verlangen. Der Beitrag von Meyer im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin ist ein Diskussionsbeitrag, keine Originalarbeit oder Literaturreview. Genau zu diesem Zwecke sind die Kurzbeiträge gedacht, die in BERLINER ÄRZTE in loser Reihe aus dem KV Hamburg Journal nachgedruckt werden. Der Gestus darf also provokant sein. Das Ziel des Beitrages, bislang nicht Hinterfragtes in Frage zu stellen und zum Diskurs einzuladen, wurde augenscheinlich auch erfüllt.

Bemängelt wird nun von der DGVS, dass nur Evaluationen der nordamerikanischen Choosing Wisely Kampagne zitiert wurden. Verschwiegen wird jedoch, dass die deutsche „Klug entscheiden“ Kampagne (noch) gar nicht evaluiert ist, es daher sehr wohl probat ist, die Evaluation des Rollenmodells zu analysieren.

In Deutschland würde im Unterschied zu Nordamerika auch die Unterversorgung adressiert. Das bestreitet ja auch keiner, entledigt aber nicht von einem Nachweis, dass die Kampagne die erhofften Effekte

auch tatsächlich erzielt. Die Pläne zur Evaluation des klinischen Nutzens und der Sicherheit von „Klug entscheiden“ müssten unbedingt berücksichtigen, ob es zu Verschiebungen und Ersatzhandlungen in Diagnostik und Therapie kommt.

Ohne belastbare Evidenz können wir eben nicht zu einer revidierten Beurteilung von Choosing Wisely oder „Klug entscheiden“ kommen. Derweilen bleiben mediale Aufmerksamkeit und Prophezeiungen ohne Gegenbeweis bei sich erhärtenden Beweisen für die Nichtwirksamkeit und methodische Unzulänglichkeit des Rollenmodells aus Nordamerika. Diese Feststellung ist weder – wie von Koop et al. behauptet – absurd oder diskreditierend und auch nicht ärztlich unbegründet, sondern bei Anwendung der Standards der EbM gerechtfertigt und notwendig.

### Kommentar von Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztammer Berlin

EbM ist „Technik und Tugend“. Sie hat zum Ziel, den Bedürfnissen der Patientenversorgung bestmöglich gerecht zu werden. EbM ist keine neue Ausformung einer biometrischen Methodenlehre. EbM ist eine Ausprägung zutiefst humanistischen Gedankenguts mit dem Ziel, die Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern. Die Technik/Methodik der EbM ist dabei die Basis für inhaltliche Diskussion und Entscheidungsfindung, die Tugend beschreibt die nötige wertschätzende, sein eigenes Tun hinterfragende Grundhaltung.

Deshalb halte auch ich die Wertung, die Frau Professor Meyer in BERLINER ÄRZTE vorgenommen hat, für nicht hilfreich – weder für die Versorgung noch für den Grundgedanken der evidenzbasierten Medizin, geschweige denn für das Deutsche Netzwerk evidenzbasierte Medizin, zu dessen Initiatoren und Gründern ich gehöre.

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](http://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](http://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
<ul style="list-style-type: none"> <li>Teil C: 13.04.-14.04.2018</li> <li>Teil D: 25.05.-26.05.2018</li> </ul>	<b>Suchtmedizinische Grundversorgung</b> 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
19.04.2018	<b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: e.hoehne@aekb.de kein Teilnehmerentgelt	keine
02.05.-04.05.2018	<b>Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach ArbMedVV und G 20 „Lärm“</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	30 P
26.05. und 30.05.2018	<b>„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt</b> (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V., Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de	8 P (26.05.2018) 4 P (30.05.2018)
11.06.-13.06.2018	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	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
13.06.-15.06.2018	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	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
27.08.-05.09.2018	<b>Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A1</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
05.09.-14.09.2018	<b>Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A2</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
<ul style="list-style-type: none"> <li>Online-Modul: 24.10.-21.11.2018</li> <li>Präsenz-Modul: 22.11.-24.11.2018</li> </ul>	<b>Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRIS und M&amp;M-Konferenzen</b> (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 650 €	34 P
17.11.2018	<b>7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin</b> in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de	10 P

## Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben.

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

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

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

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

### Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens	Do. 12.04. - Sa. 14.04.2018
Modul 2: Führen als Prozess	Do. 14.06. - Sa. 16.06.2018
Modul 3: Führung und Entwicklung	Do. 30.08. - Sa. 01.09.2018
Modul 4: Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts	Fr. 16.11.2018

**Veranstalter:** Ärztekammer Berlin

**Kursleitung:** PD Dr. med. Peter Berchtold

**Ort:** Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Berlin

**Teilnehmerentgelt:** 3.680 €

**Fortbildungspunkte:** 80 Punkte

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

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

## Gesundheitsförderung und Prävention – strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die stetig zunehmende gesellschaftliche Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention ist unbestritten. Ärzten wird in der Gesundheitsförderung und Prävention eine wichtige Rolle zugesprochen. Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses Wissen in die Behandlung zu integrieren. Vor diesem Hintergrund werden Fakten zu Präventionskonzepten, protektiven Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und durch praktische Übungen vertieft.

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen erhalten Sie unter: [www.aekb.de/gesundheitsfoerderung](http://www.aekb.de/gesundheitsfoerderung) und telefonisch unter 030/40806-1210.

**Zeitraum:** 28.04.2018 - 22.06.2018

**Präsenztage:** 18.05.2018 und 22.06.2018

**Selbstlernphasen:** 28.04. - 13.05.2018 und 19.05. - 17.06.2018 (E-Learning)

**Fortbildungspunkte:** 34

**wiss. Leitung:** Priv. Doz. Dr. med. Uwe Torsten

**Teilnehmerentgelt:** 450 €

## Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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: 03.09. - 08.09.2018

Präsenzwoche 2: 08.10. - 13.10.2018

Präsenzwoche 3: 19.11. - 24.11.2018

(jeweils montags bis freitags 09.00 - 18.00 Uhr und samstags von 09.00 - 16.00 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Information und Anmeldung:** Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/408 06-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: [QM-Kurs@aekb.de](mailto:QM-Kurs@aekb.de)

## BERLINER ÄRZTE auch im Internet:

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



## CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

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

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

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

**Termin:** 09.11.2018, 9:00 - 16:15 Uhr

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 €, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt. Tel. 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de. Anerkannt mit 10 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt  
„Häusliche Gewalt“

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

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Paarbeziehungen stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen.

Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt auch in Bezug auf Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie einer Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am **26.05.2018 (10:00-16:00 Uhr)** sowie am **30.05.2018 (17:00-19:30 Uhr)** in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Eine Anmeldung ist dringend erforderlich.

Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle  
Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de;  
Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 12 Fortbildungspunkten anerkannt.

## „Qualifikation Tabakentwöhnung“ nach den Curricula der Bundesärztekammer in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung soll es Ärztinnen und Ärzten möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patienten anzuwenden sowie Beratung und Entwöhnungsbehandlungen in der ärztlichen Praxis oder Klinik anzubieten. 2016 wurde die „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ in den OPS-Katalog 2016 (Ziffer 9-501) aufgenommen. Die Durchführung muss durch hierfür qualifizierte Ärzte und Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

**Termine:** 27.04. | 28.04. | 01.06. | 15.06.2018

**Fortbildungspunkte:** 35

**Teilnehmerentgelt:** 495 € / 385 € / 345 €

Weitere Informationen und Anmeldeunterlagen, erhalten Sie unter [www.aekb.de/tabakentwoehnung/](http://www.aekb.de/tabakentwoehnung/) oder telefonisch unter 030/40806-1210.

## 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

# Schwangerschaftsabbrüche: Delegierte fordern Abschaffung der Strafbarkeit von sachlicher Information

Bericht von der Delegiertenversammlung am 21. Februar 2018

Mit großer Mehrheit hat sich die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin in ihrer Sitzung am 21. Februar dafür ausgesprochen, die Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Arztpraxen und andere ärztliche Einrichtungen zu fordern. Eine Ärztin in Hessen war kürzlich wegen des Verstoßes gegen § 219a Absatz 1 Strafgesetzbuch zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Sie hatte über ihre Internetpräsenz unter anderem die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen als Teil der in ihrer Praxis durchgeführten medizinischen Eingriffe aufgeführt.

Von Sascha Rudat

Die Entschließung war auf Initiative der Fraktion Gesundheit erfolgt, die einen entsprechenden Antrag eingebracht hatte. Damit sich die Delegierten damit beschäftigen konnten, musste zunächst die Tagesordnung geändert werden, wofür die Delegierten einstimmig votierten. Zuvor beschäftigten sie sich aber mit einer Reihe weiterer Punkte. So war die Wahl der 16 Delegierten und ihrer Stellvertreter für den 121. Deutschen Ärztetag im Mai in Erfurt erforderlich. Die Bestätigung der Teilnehmerliste erfolgte einstimmig (s. Tabelle). Im Anschluss folgte ein kurzer Bericht des Ombudsmannes für Weiterbildungsfragen, Johannes Bruns. Wie er berichtete, sei die Zahl der Kammermitglieder, die sich 2017 an ihn gewandt hatten, nach wie vor überschaubar. Die Probleme rund um die Weiterbildung in den

etwa zehn Mails, die er erhalten hatte, konnten durch ein persönliches Gespräch weitgehend geklärt werden.

Anschließend befassten sich die Delegierten mit der allgemeinen Entschädigungsregelung der Ärztekammer Berlin. Darin enthalten sind die Entschädigungssätze für die ehrenamtliche Tätigkeit in der Kammer. Bisher war die Ärztekammer Berlin bei der Bemessung der Entschädigungssätze davon ausgegangen, dass die gezahlten Entschädigungen umsatzsteuerfrei seien. Nach einer Änderung des Umsatzsteuerrechtes im vergangenen Jahr wird diese Privilegierung künftig möglicherweise nicht mehr automatisch und lückenlos angewendet werden. Die den Delegierten zur Abstimmung vorgelegte Änderung der Entschädigungsregelung sah vor, dass die Umsatzsteuer von der Kammer erstattet wird, falls diese nachgewiesenermaßen vom ehrenamtlich tätigen Kammermitglied entrichtet wer-



den musste. Die Delegierten verabschiedeten die Änderung einstimmig. Darüber hinaus stand die Überbetriebliche Ausbildung der Medizinischen Fachgesellschaften (MFA) auf der Tagesordnung. So beschlossen die Delegierten ebenfalls einstimmig, die Überbetriebliche Ausbildung der Ärztekammer Berlin für MFA über den 31.01.2019 hinaus fortzuführen. Gleichzeitig wurde der Vorstand beauftragt, die Überbetriebliche Ausbildung zum 01.02.2019 neu auszuschreiben. Nach Aussage von Kammervizepräsidentin Regine Held (Allianz Berliner Ärzte) hat sich die im Jahr 2003 von der Kammer eingeführte Überbetriebliche Ausbildung bewährt. Dabei werden Ausbildungsinhalte gelehrt, die an der Ausbildungsstätte und den berufsbildenden Schulen nicht ausreichend vermittelt werden können.

Im Anschluss befassten sich die Delegierten mit der eingangs genannten Entschließung zu § 219a Absatz 1 StGB. Dazu hatte der Vorstand eine geänderte Variante des Entwurfs der Fraktion Gesundheit vorgelegt. Diese fand allgemeine Zustimmung und wurde ohne weitere Diskussionen bei einer Enthaltung und einer Gegenstimme verabschiedet (s. Wortlaut im Kasten). Am folgenden Tag wurden zwei Änderungsanträge zu § 219a in erster Lesung im Bundestag behandelt.

## Kontakt

Ärztinnen und Ärzte können sich unter folgenden Kontaktdaten an den Ombudsmann wenden:  
E-Mail: [ombudsmann@aekb.de](mailto:ombudsmann@aekb.de)  
Tel.: 030/40806-1101  
(Sekretariat Abteilung Weiterbildung/  
Ärztliche Berufsausübung)  
Ärztekammer Berlin – Ombudsmann  
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

### Entschließung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin fordert die Abschaffung der Strafbarkeit einer sachlichen Information über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Arztpraxen und andere ärztliche Einrichtungen.

**Begründung:**

Der § 219a Absatz 1 StGB in seiner aktuellen Fassung stellt jede Art der öffentlichen Information einer Arztpraxis oder anderen ärztlichen Einrichtung über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen unter Strafe.

Das Verbot für eine Arztpraxis oder andere ärztliche Einrichtung, sachlich über das eigene Leistungsspektrum auch in Bezug auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren, kollidiert mit dem Informationsanspruch der betroffenen Frauen. Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ist unter den Voraussetzungen des § 218a StGB und des Schwangerschaftskonfliktgesetzes rechtlich zulässig. Betroffene Frauen haben nicht nur das Bedürfnis, sondern es wird von ihnen erwartet, eine durchdachte, abgewogene und informierte Entscheidung zu treffen. Sie haben daher ein Recht darauf, sich zu jeder Zeit und umfassend über den Eingriff und über Arztpraxen und andere ärztliche Einrichtungen, die solche Eingriffe durchführen, informieren zu können.

Die Beschränkung des Zugangs zu sachlichen Informationen ist mit dem gesetzgeberischen Ziel nicht begründbar. Denn eine sachliche Information birgt nicht die vom Gesetzgeber seinerzeit in den Blick genommene Gefahr, dass dadurch der Entschluss der Frau zum Schwangerschaftsabbruch erst hervorgebracht oder gefestigt wird. Durch sachliche Informationen ist auch keine Kommerzialisierung der Notlage der Frau zu befürchten.

Durch sachliche Informationen über Schwangerschaftsabbrüche wird zudem das auf den Lebensschutz ausgerichtete Beratungsmodell der §§ 218a ff. StGB und des Schwangerschaftskonfliktgesetzes nicht gefährdet. Die Möglichkeit der betroffenen Frauen, sich unbeschränkt über die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs informieren zu können, unterstützt im Gegenteil eine informierte und abgewogene Entscheidung der Frau und dient damit dem Lebensschutz.

Lasten der Ärzteschaft. Er sprach das strategische Vorgehen nach der Bildung einer neuen Bundesregierung an, einen solchen Gesetzentwurf zu verhindern. In der anschließenden Diskussion gab Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) zu bedenken, dass man, wenn man die aus dem Gesetzentwurf resultierende Trennung zwischen Somatik und Psyche zu Ende denke, wieder in den 40er Jahren des vergangenen Jahrhunderts lande. Zugleich wies er darauf hin, dass die Medikation eine urärztliche Aufgabe sei. Aus Sicht von Dietrich Bodenstern (Hartmannbund) wären eine Trennung von Somatik und Psyche „eine Katastrophe“ und ein Fehlweg für die Patienten. Stefan Skonietzki (Allianz Berliner Ärzte) fand es „hochbedrohlich“, wenn die Attraktivität des Berufes Arztes durch eine Einschränkung seiner Kompetenzen weiter abgegraben würde. Die Delegierten kamen überein, sich in der nächsten Sitzung im April erneut mit dem Thema zu beschäftigen.

srd

Abschließend beschäftigten sich die Delegierten mit dem Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz. Dazu war der Präsident des Bundesverbandes Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), Christian Messer, als Gastredner eingeladen. In seinem Vortrag warnte Messer die Delegierten eindringlich vor dem Arbeitsentwurf, der auf Grundlage einer Petition einer Gruppe von 2.221 Psychologischen Psychotherapeuten vom BMG verfasst worden sei. „Der Arbeitsentwurf ist ein Testballon“, erklärte Messer, „es wird dort ein völlig neuer Heilberuf geschaffen.“ Er betonte, dass es nicht um eine Auseinandersetzung zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gehe, sondern um die Profession Arzt als solche. „Nach diesem Entwurf werden die Hausärzte und die grundversorgenden Fachärzte abgeben müssen. Der Arbeitsentwurf hat ein ganz großes Spaltpotenzial“, warnte Messer, sowohl unter Ärzten wie unter Psychotherapeuten.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) schloss sich der kritischen Einschätzung an. Es gehe bei dem Thema um die Schaffung neuer Heilberufe zu

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **11. April 2018** um 20 Uhr statt. Die Sitzung ist wie immer kammeröffentlich.

### Liste der Berliner Delegierten und ihrer Stellvertreter für den 121. Deutschen Ärztetag vom 8. bis 11. Mai 2018 in Erfurt

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Klaus-Peter Spies	Dr. med. Sabine Krebs
2.) Allianz Berliner Ärzte	Ralph Drochner	PD Dr. med. Heiner von Randenborgh
3.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Christian Messer	Dr. med. Regine Held
4.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Roland Urban	Helmut Mälzer
5.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Dr. med. Almut Tempka
6.) Hartmannbund	Dr. med. Daniel Peukert	Miriam Vosloo
7.) Fraktion Gesundheit	Katharina Thiede	Dr. med. Herbert Menzel
8.) Fraktion Gesundheit	Julian Veelken	Carina Borzim
9.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Erich Alfons Huber	Dr. med. Stefan Hochfeld
10.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Eva Müller-Dannecker	Dr. med. Charlotte Hillmann
11.) Hausärzte in Berlin	Bettina Linder	Dr. med. Irmgard Landgraf
12.) Marburger Bund	Dr. med. Anja Dippmann	Dr. med. Werner Wyrwich
13.) Marburger Bund	Dorothea Spring	Kai Sostmann
14.) Marburger Bund	Dr. med. Oliver Peters	Dr. med. Klaus Thierse
15.) Marburger Bund	PD Dr. med. Peter Bobbert	Dr. med. Thomas Werner
16.) Marburger Bund	Dr. med. Matthias Albrecht	Dr. med. Valerie Kirchberger

# Wider die Beliebigkeit

## Ein Gastkommentar

**Woran mache ich es fest, das Arzt sein, das Arzt sein in unserer Zeit? Am Leben retten, am Krankheiten heilen, am Geld verdienen, am Mensch sein? Wir leben in einer Zeit, in der nahezu alles in Frage gestellt wird. Unsere Gesellschaft verändert sich. Patienten und Krankheiten verändern sich, Ärzte verändern sich. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz hat es in seinem Editorial der Januar-Ausgabe eindringlich beschrieben, wie stationär tätigen Kollegen Ideale verloren gehen, auch ganz normale Sorgfalt und das Verantwortungsgefühl für den Patienten.**

Von Vittoria Braun

Das Gleiche passiert im ambulanten Bereich. Ein Teil der Ärzte passt sich durch Veränderungen ihrer Handlungsweisen dem System an, realisiert eine Zwei-Klassen-Medizin mit dem Patienten als Wirtschaftsfaktor, vergibt finanziell ausgerichtete Termine, hat Telefonnummern eigens für Privatpatienten, arbeitet gewinnorientiert, zum Teil ohne ausreichende medizinische Indikation. Patientensicherheit ist so nicht fortwährend gewährleistet, Unzufriedenheit resultiert. Einige Professoren großer Kliniken empfangen in ihren Sprechstunden nur noch Privatpatienten. Vertrauen wird verspielt, ohne Not. In der Literatur wird bereits von einer „Evolution“ der Ärzte gesprochen, die eine Veränderung der Bedeutsamkeit der Arztspflichten nach sich zieht.

Ich habe das Szenario bewusst schwarz gezeichnet. Ihnen selbst, liebe Kolleginnen und Kollegen, obliegt es, den Schweregrad einzuordnen. Zum Glück versorgt die Mehrzahl der Ärzte ihre Patienten nach wie vor gut, engagiert und auf hohem Niveau. Aber wehret den Anfängen! Die Gesellschaft liefert der oben genannten Evolution der Ärzte durch die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens guten Nährboden und führt schleichend zu einer negativen Beeinflussung der ärztlichen Haltung. Nicht nur in der Medizin, allenthalben verschiebt sich das Ranking im Denken und Handeln vieler Menschen: Sorgfalt, Pflichterfüllung und Verantwortungsgefühl verlieren an Stellenwert gegenüber Gewinnoptimierung, Gleichgültig-

keit und Beliebigkeit. Dieses Phänomen behindert aktuell auch die Weiterentwicklung des Fachgebietes Allgemeinmedizin.

Berlin ist Beispiel gebend.

Zum letzten Deutschen Ärztetag in Freiburg wurden den Delegierten als obligate Weiterbildungsinhalte unseres Faches neben 24 Monaten Allgemeinmedizin und 12 Monaten Innerer Medizin nur die halbjährige Ableistung eines – irgendeines – Faches der unmittelbaren Patientenversorgung und der 80-Stunden-Kurs-WB in Psychosomatischer Grundversorgung offeriert, dazu können des Weiteren zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate WB in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen. Die beliebige Gestaltung der Weiterbildung (WB) widerspricht dem Anspruch, sie an der Vielfalt und Breite der Beratungsanlässe zu orientieren.

Bereits 1996 erklärte der Vorstand der Bundesärztekammer, dass „der allgemeinmedizinische Versorgungsauftrag einer besonders breiten und gut durch-



dachten WB bedarf“ und regte an, eine Vorlage für eine entsprechende fünfjährige allgemeinmedizinische WB auszuarbeiten. Diese Empfehlung ist bis auf den heutigen Tag bundesweit nicht erfüllt, obwohl mittlerweile auch Politiker erkannt haben, dass ohne qualifizierte Hausärzte die Krise des deutschen Gesundheitswesens nicht zu lösen ist.

Berlin ist ebenso wie auch Mecklenburg-Vorpommern eines der Beispiel gebenden Bundesländer, das neben der obligaten allgemeinmedizinischen und internistischen WB auch Pädiatrie, Chirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie und Anästhesiologie als verpflichtende WB-Fächer festgeschrieben hat. Dieser WB-Gang funktioniert gut. Sogenannte Flaschenhälse, wie sie von Gegnern der strukturierten WB als Argument benutzt werden, existieren in der Regel nicht.

Insgesamt gesehen hat sich die Strukturqualität der allgemeinmedizinischen WB

in den letzten Jahren erfreulich verbessert, auch durch Berliner Pionier-Einsatz: Wir etablierten eine fünfjährige inzwischen gut geförderte strukturierte WB, erreichten nach dem Zwischenspiel des Facharztes für Innere und Allgemeinmedizin wieder gestärkte Identität in unserer alleinigen Disziplin, errichteten eine gut arbeitende Koordinierungsstelle an der Kammer, initiierten WB-Verbände und haben gerade das Kompetenzzentrum Weiterbildung eingeweiht, in dem gemeinsam mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Charité, der KV Berlin, der Berliner Krankengesellschaft und der Ärztekammer Berlin Aus- und Weiterbildung besser verzahnt und Hausarztmedizin gefördert werden mögen.

Diese zu begrüßende Institution ist jedoch kein Ersatz für den Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten in einzelnen spezialisierten WB-Abschnitten. Allein die häufig wiederholte Untersuchung eines Kindes bringt Sicherheit in der Einschätzung des Krankheitsbildes. Sie kann existenziell bedeutsam beispielsweise in Nothilfeinsätzen werden, da der kinderärztliche Notdienst in vielen Städten nicht rund um die Uhr durchgeführt wird. Und frische Wunden müssen viele Male genäht, chronische Wunden viele Male versorgt werden, bis therapeutische Erfahrung entsteht, ohne die zumindest ein Allgemeinarzt im Flächenland nicht bestehen kann. Nicht allein die sogenannte kleine Chirurgie, sondern auch das Kennenlernen chirurgischen operativen Vorgehens ist unverzichtbar, um als Hausarzt prä- und postoperative Versorgung gut leisten zu können. Nur in den Spezialgebieten sind die entsprechenden Krankheiten so häufig und in unterschiedlichen Schweregraden anzutreffen, dass die WB effektiv ist. Darüber hinaus erhalten die Ärztin und der Arzt in Weiterbildung kontinuierlich Wissenstransfer zu neuen Erkenntnissen der jeweiligen Fachdisziplinen, über die der Allgemeinarzt nicht verfügen kann. Diesen Sachverhalt brachte die Berliner Delegierte Katharina Thiede zum Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg völlig zurecht in ihren Beschluss-Antrag zur verpflichtenden Einbeziehung von

Pädiatrie und Chirurgie in die allgemeinmedizinische WB ein. Die Abweisung des Antrages spricht vom mangelnden Verantwortungsbewusstsein der ablehnenden Kollegen – oder ihrer Unkenntnis hausärztlicher Arbeitsbedingungen.

Die beliebige Auswahl der WB-Abschnitte überfordert die jungen Kollegen. Beliebigkeit impliziert, dass es eigentlich egal ist, in welchem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung die Weiterbildung zu erfolgen habe und ist dann ggf. von persönlichen Zufällen abhängig (Augenarzt ist ganz in der Nähe). Austauschbarkeit schränkt den Blick für die wichtigen Kompetenzen ein. Sie führt zu Unsicherheit, WB-Defiziten und Unterschieden in der Qualifikation von künftigen Fachärzten für Allgemeinmedizin in Stadt und Land. Diese schwammige und nicht ausreichende Gestaltung entspricht der in Deutschland immer noch bestehenden schlechten Prozessqualität des allgemeinmedizinischen WB-Ganges, obwohl doch die strukturellen Voraussetzungen deutlich besser geworden sind.

Die WB beispielsweise auf einer internistischen Station läuft in der Mehrzahl nach dem Prinzip „learning on the job“, die Arbeitsleistung steht im Vordergrund. Es ist beliebig/zufällig, ob sich ein engagierter Oberarzt um den jungen Kollegen kümmert, oder ob ein weniger bemühter Oberarzt es nicht tut bzw. einfach keine Zeit hat, weil diese Extra-Zeit für lernende Ärzte in der Regel nicht eingeplant ist. Fallbesprechungen und Supervisionen während der WB-Zeit gehören vielerorts noch nicht zum kontinuierlichen Wochenablauf. Die Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte im WB-Prozess ist schädlich und reduziert die Chance einer soliden WB, nicht nur für künftige Hausärzte.

Der jetzige Trend der Bundesärztekammer, WB-Inhalte vorrangig an zu erwerbenden Kompetenzen festzumachen, stellt nicht in Rechnung, dass nicht wenige Weiterbilder und auch Prüfer selbst gar nicht mehr breit genug qualifiziert sind, um diese Kompetenzen zu entwickeln oder sich im Kolloquium über ihr Vorhandensein zu informieren.

Um die Facharzt-WB in Deutschland zu optimieren, bedarf es grundlegender Veränderungen. Hierzu sollte auch über die Grenzen geschaut werden. In anderen europäischen Ländern (zum Beispiel in den Niederlanden) ist die allgemeinmedizinische WB strukturiert und wird von hierzu qualifizierten hausärztlichen Mentoren kontinuierlich begleitet. In unserem Land ist es „Fünf vor Zwölf“, die beschriebene Situation zu verändern. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist Hausärztemangel zu verzeichnen, er wird zunehmend auch in Städten beschrieben. Er verstärkt sich weiter wegen der Altersstruktur der Allgemeinärzte.

Darüber hinaus wurde schon 2007 im Konzept der AG der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland in These 1 eingeschätzt, dass „die demographischen und gesellschaftlichen Veränderungen sowie die weitere Morbiditätsentwicklung im Jahr 2020 zu um ca. 20 - 30% erhöhten Anforderungen an die Primärversorgung führen werden (Vergleichsjahr 2000)“.

Es besteht für die Verantwortungsträger im Gesundheitswesen einschließlich der Delegierten auf dem nächsten Deutschen Ärztetag der Handlungsauftrag, sich dafür einzusetzen, dass in den nächsten 20 - 30 Jahren eine flächendeckende hausärztliche Versorgung auf hohem Niveau erhalten bleibt.

Um diesem gesellschaftlichen Anspruch zu folgen, sollte naheliegend dafür gesorgt werden, dass die Attraktivität der allgemeinmedizinischen WB verbessert wird. Wenn Ärzte ganz konkret für die breit gefächerten Patientenangelegenheiten vorbereitet und in die Lage versetzt werden, die anspruchsvollen hausärztlichen Funktionen der Akut- und der Langzeitversorgung, der Prävention und Familienbetreuung über Generationen hinweg zu erfüllen, wenn sie in einem geschützten Curriculum die Chance haben, gut zu werden, wird es an Anwärtern für unser Fachgebiet nicht fehlen. Es ist eines der schönsten, sowieso.

Professor Dr. med. Vittoria Braun  
Hausärztin

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2018 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Baran Abdo	FA Allgemeinmedizin	30.01.18
Nabeel Baqer A Al Beshher	FA Transfusionsmedizin	07.02.18
Bader Aldoah	FA Kinderchirurgie	23.01.18
Ibrahim Alzaabi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.02.18
Nabila Amel	FA Allgemeinmedizin	13.02.18
Dr. med. Robert Armbrust	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	14.02.18
Dr. med. Annalina Katharina Avram	FA Innere Medizin und Rheumatologie	15.02.18
Carla Azar	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12.02.18
Dr. med. Johannes Bahner	FA Anästhesiologie	05.02.18
Dr. med. Edda Ballensiefen	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	07.02.18
Bianca Baykan	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.01.18
Lena Behling	FA Allgemeinmedizin	30.01.18
Doctor medic Sabina Bell	FA Innere Medizin	10.01.18
Julia Blanke	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.01.18
Dr. med. Conrad Blobel	FA Urologie	16.01.18
Dr. med. Friederike Boch	FA Innere Medizin	14.02.18
Dr. med. Susanne Bornemann	FA Thoraxchirurgie	13.02.18
Dörte Brandt	FA Anästhesiologie	11.01.18
Dr. med. Claudia Bröckert	FA Allgemeine Chirurgie	24.01.18
Dr. med. Katharina Brölz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.01.18
Dr. med. Jan Brömme	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.01.18
Lisa Cabrera Tarisfeno	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.01.18
Dr. med. Ibrahim Etem Galiskan	FA Herzchirurgie	13.02.18
Dr. med. Ilya Imran Christoffel	FA Innere Medizin	10.01.18
Dorothea Daus	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.01.18
Dr. med. Philip Decker	FA Anästhesiologie	08.01.18
Gaye Demirkaya-Solfrian	FA Kinder- und Jugendmedizin	21.02.18
Dr. med. Martin Dührkoop	FA Radiologie	19.02.18
Dr. med. Annette Ellmer	FA Allgemeinmedizin	20.02.18
Ulrike Franziska Feder	FA Kinder- und Jugendmedizin	31.01.18
Roberts Feders	FA Innere Medizin und Kardiologie	24.01.18
Stefanie Forster	FA Anästhesiologie	05.02.18
Dr. med. Claudia Fröhlich	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.01.18
Dr. med. Alessia Gatti	FA Innere Medizin und Kardiologie	17.01.18
Dr. med. Judith Gauger	FA Allgemeinmedizin	13.02.18
Dr. med. Ehsan Ghadamgahi	FA Radiologie	07.02.18
Dr. med. Sepideh Ghafari-Tamer-Abadi	FA Neurologie	30.01.18

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Henry Gork	FA Innere Medizin	14.02.18
Marius Hausmann	FA Innere Medizin	15.02.18
Dr. med. Angela Heidenfelder	FA Innere Medizin und Kardiologie	17.01.18
Dr. med. Nina Herbot	FA Innere Medizin	01.02.18
Nils Hermann	FA Anästhesiologie	11.01.18
Dr. med. Vera Hermanns	FA Innere Medizin	10.01.18
Ingo Hillier	FA Anästhesiologie	08.01.18
Dr. med. Moritz Hofferberth	FA Anästhesiologie	08.01.18
Dr. med. Shwan Hussein	FA Innere Medizin und Kardiologie	24.01.18
Dr. med. Sandra Itzel	FA Innere Medizin und Kardiologie	24.01.18
Dr. med. Johanna Harksen	FA Urologie	16.01.18
Dr. med. Lisa Jung	FA Radiologie	19.02.18
Dr. med. Alexander Kalb	FA Anästhesiologie	08.01.18
Dr. med. Tina Kienitz	FA Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	17.01.18
Dr. med. Philipp Klaißle	FA Innere Medizin	28.02.18
Lukas Koch-Weser	FA Innere Medizin	10.01.18
Dimitra Kolisiani	FA Anästhesiologie	05.02.18
Dimitrios Kolyvakis	FA Innere Medizin	24.01.18
Dr. med. Nancy Kretzschmar	FA Innere Medizin und Pneumologie	10.01.18
Johannes Kuttner	FA Innere Medizin	28.02.18
Mindaugas Lauraitis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	16.01.18
Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Lauscher	FA Viszeralchirurgie	13.02.18
Thomas Leibecke	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	13.02.18
Dr. med. Leonhard Leidl	FA Allgemeinmedizin	30.01.18
Yaosi Li	FA Innere Medizin	10.01.18
Dr. med. Felix Lohöfener	FA Viszeralchirurgie	24.01.18
Dr. med. Frauke Lorch	FA Radiologie	07.02.18
Dr. med. Daniel Lorenz	FA Radiologie	19.02.18
Priv.-Doz. Dr. med. Alawi Lütz	FA Anästhesiologie	05.02.18
Thomas Machemehl	FA Viszeralchirurgie	24.01.18
Dr. med. Cornelia Maiß	FA Anästhesiologie	11.01.18
Dr. med. Christian Meisel	FA Laboratoriumsmedizin	14.02.18
Dr. med. Albrecht Meyer	FA Innere Medizin	01.02.18
Susanne Milke	FA Innere Medizin	15.02.18
Dr. med. Thomas Milsom	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.01.18
Franziska Möller	FA Kinder- und Jugendmedizin	21.02.18
Giancarlo Montanari	FA Innere Medizin	24.01.18
Susan Mostofi	FA Allgemeinmedizin	27.02.18

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Duktur fi-t-tibb/Uni Libanaise Mona Moussa	FA Allgemeinmedizin	13.02.18
Dr. med. Lina Nordhues	FA Neurologie	30.01.18
Romy Oberländer	FA Innere Medizin	14.02.18
Dr. med. Malte Ottenhausen	FA Neurochirurgie	26.02.18
Dr. med. Almut Pöhlmann	FA Neurochirurgie	26.02.18
Patrick Polynice	FA Allgemeine Chirurgie	13.02.18
Dr. med. univ. Sylvia Prettenhofer	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	31.01.18
Dr. med. Amelie Rathscheck	FA Augenheilkunde	21.02.18
Dr. med. Rosa Rendtorff	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	14.02.18
Borja Revuelta Garcia	FA Anästhesiologie	11.01.18
Dr. med. Jasper Röhmel	FA Innere Medizin	14.02.18
Dr. med. Ivo Arne Rolf	FA Psychiatrie und Psychotherapie	16.01.18
Dr. med. Friederike Rosseck	FA Pathologie	14.02.18
Dipl.-Biol. Torsten Rüdiger	FA Laboratoriumsmedizin	14.02.18
Dr. med. Patrick Rudolph	FA Allgemeinmedizin	09.01.18
Joseph Salame	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	07.02.18
Hannes Sallmon	FA Kinder- und Jugendmedizin	17.01.18
Dr. med. Anna-Sophia Sarfeld	FA Psychiatrie und Psychotherapie	23.01.18
Dr. med. Sabine Schapals	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	13.02.18
Dr. med. Sven Schellberg	FA Allgemeinmedizin	09.01.18
Dr. med. Mara Schulbert	FA Allgemeine Chirurgie	13.02.18

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Dr. med. dent. Pawel Schwartzmann	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	12.02.18
Elena Sedych	FA Allgemeinmedizin	20.02.18
Dott. Maria Tagliente	FA Innere Medizin	14.02.18
Sebastian Teller	FA Anästhesiologie	11.01.18
Arne Tenbrock	FA Allgemeine Chirurgie	24.01.18
Dr. med. Katharina Thrum	FA Pathologie	14.02.18
Thorsten Tischner	FA Anästhesiologie	11.01.18
Jelena Tomic	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	17.01.18
Dr. med. Andrea Ullrich	FA Pathologie	14.02.18
Nadine Unterwalder	FA Laboratoriumsmedizin	14.02.18
Dr. med. Manuel Vigelahn	FA Anästhesiologie	11.01.18
Marie von Heinz	FA Innere Medizin	28.02.18
Dr. med. Maren von Loh	FA Allgemeinmedizin	30.01.18
Dr. med. Yingrui Wang-Rosenke	FA Innere Medizin und Nephrologie	14.02.18
Dr. med. Nicole Wendt	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	31.01.18
Dr. med. Dr. med. dent. Carolin Wiesmüller	FA Allgemeinmedizin	20.02.18
Kathrin Winkler	FA Innere Medizin und Kardiologie	24.01.18
Athanasia Ziagaki	FA Innere Medizin	28.02.18
Dr. med. Robert Zielke	FA Innere Medizin	24.01.18

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

# Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2017 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Herr		Dieter Kaiser	21.04.41	01.01.17
Frau	Dr. med.	Ingrid Berlien	03.10.50	03.01.17
Herr	Dr. med.	Karl-Heinz Loock	13.07.22	04.01.17
Frau	Dr. med.	Mara Baumann	03.05.36	04.01.17
Herr		Christof Jänicke	26.01.53	04.01.17
Frau		Cornelia Klotz-Lommatzsch	28.04.65	05.01.17
Frau	Dr. med.	Ingrid Kluge-Bernhard	18.08.27	07.01.17
Herr		Georg Büttner	29.12.33	09.01.17
Frau		Barbara Prezewowsky	28.03.40	11.01.17
Herr		Werner Nagelschmidt	15.09.22	12.01.17
Herr	Dr. med.	Gerhard Kraehahn	04.05.41	20.01.17
Herr	Dr. med.	Georg Faber	22.03.31	23.01.17
Herr		Werner Holzky	25.11.35	24.01.17
Herr	Dr. med.	Hinrich Ruser	10.04.35	29.01.17
Frau	Dr. med.	Karin Maaser	12.06.38	31.01.17
Frau		Angelika Gutge-Wickert	22.04.49	06.02.17
Frau		Gunhild Lucie Zerkowitz	31.07.34	07.02.17
Herr	Dr. med.	Wolfgang Spinner	04.05.38	08.02.17
Frau	Dr. med.	Anita Ockel	19.12.23	09.02.17
Frau		Ingeburg Jacob	12.11.32	09.02.17
Frau	Dr. med.	Sabine Lackermeier	13.01.55	09.02.17
Herr	Dr. med.	Uwe Fricke	28.05.38	10.02.17
Herr	Dr. med.	Bernd Michael	01.09.42	12.02.17
Herr	Dr. med.	Klaus-Dieter Lischka	22.03.40	14.02.17
Frau	Dr. med.	Gabriele Hilpert	06.03.48	15.02.17
Frau	Dr. med.	Inka Hauschild	05.04.84	16.02.17
Herr	Dr. med.	Werner Zeller	16.09.20	18.02.17
Herr		Maung Maung Mra	11.03.40	20.02.17
Herr	Dr. med.	Rolf Geier	07.06.48	22.02.17
Herr	Dr. med.	Otto Skorepa	10.06.22	23.02.17
Frau	MR Dr. med.	Marianne Lieselotte Holz	05.04.29	23.02.17
Frau	Dr. med.	Anke Klein	20.02.46	23.02.17
Frau	Dr. med.	Hanna Leopold	07.02.32	25.02.17
Herr	Priv.-Doz. Dr. med.	Klaus Henkert	24.07.34	26.02.17
Herr	Dr. med.	Konrad Voigt	13.12.20	28.02.17
Herr	Dr. med. habil.	Gert Stopp	02.12.32	28.02.17
Herr	Dr. med.	Uwe Hädicke	29.05.54	01.03.17
Herr	Dr. med. habil.	Jürgen Heubach	04.04.67	01.03.17
Frau	Dr. med.	Renate Drews	30.10.27	02.03.17
Frau	Dr. med.	Uta Krone	21.12.36	03.03.17

Frau		Heidrun Böhm	10.06.41	03.03.17
Herr	Dr. med.	Hartmut Pommrich	12.08.33	04.03.17
Herr		Karl-Heinz Rudolf	24.07.34	07.03.17
Herr	Dr. med.	Helge Fette	15.02.38	08.03.17
Herr	Dr. med.	Alfred Müller	12.06.35	10.03.17
Herr	Dipl.-Med.	Uwe König	30.06.55	13.03.17
Herr	Dr. med.	Rolf Schulz	15.02.39	15.03.17
Herr	Dr. med.	Holger Conrad	12.07.74	17.03.17
Frau		Leena Susanna Hongell	28.11.40	19.03.17
Herr	Dr. med.	Eberhard Schütze	06.12.26	29.03.17
Herr	Prof. Dr. med.	Rüdiger Fock	04.08.54	30.03.17
Herr		Peter Renner	22.05.51	31.03.17
Frau		Rosemarie Schippan	25.01.38	02.04.17
Frau		Sonna Fatehpour	27.05.61	05.04.17
Frau	Prof. Dr. med.	Anneliese Sälzler-Horn	15.05.27	07.04.17
Frau	Dr. med.	Sabine Regina Gerbert	30.06.53	07.04.17
Herr	Dr. med.	Ernst Blau	05.11.41	09.04.17
Herr	Dr. med.	Gerd Zumsteeg	03.04.15	10.04.17
Frau		Martina Kleinhardt	28.05.76	11.04.17
Herr	Dr. med.	Klaus Jörg Walter	13.10.48	13.04.17
Herr	Dr. med.	Klaus Wahlen	17.04.36	15.04.17
Herr	Dr. med.	Horst Kalthoff	09.06.26	17.04.17
Herr	Dr. med.	Fritz Karsten	12.08.24	18.04.17
Herr	Dr. med.	Jürgen Tigges	24.09.34	19.04.17
Frau	Dr. med.	Anita Neumann	25.02.41	26.04.17
Herr	Dr. med.	Ernst-Peter Issel	19.04.38	28.04.17
Herr	Dr. med.	Uwe Boenigk	13.08.40	02.05.17
Frau	Dr. med.	Ursula Siegert-Wilcke	30.08.24	03.05.17
Herr	Prof. Dr. med.	Friedrich Lohmann	11.02.38	03.05.17
Frau	Dr. med.	Ursula Kuntz	01.12.37	04.05.17
Frau	Dr. med.	Irmgard Ditzler	30.04.43	04.05.17
Herr	Dr. med.	Horst Herrmann	04.12.33	06.05.17
Herr		Peter Hieke	21.08.70	09.05.17
Frau	Dr. med.	Veronika Diederichs-Paeschke	29.01.45	10.05.17
Herr		Thomas Blattner	27.12.53	10.05.17
Herr	Dr. med.	Dietrich Berndt	20.01.27	13.05.17
Herr	Dr. med.	Siegfried Rhein	23.09.57	20.05.17
Frau		Jutta Aßmann	16.12.47	25.05.17
Herr		Chaim Jellinek	03.06.56	27.05.17
Herr	Dr. med.	Eckart Wiechern	19.03.51	28.05.17



P E R S O N A L I E N

Herr	Dipl.-Med.	Michael Meyer	14.10.52	28.05.17
Herr	Prof. Dr. med.	Manfred Gross	28.02.51	30.05.17
Herr	Priv.-Doz. Dr. med.	Dietmar Roloff	12.04.45	02.06.17
Herr	Dr. med.	Lothar Lantzsch	22.07.34	03.06.17
Frau	Dr. med.	Brigitte Böttcher	28.09.27	08.06.17
Frau		Gisela Glaser-Paschke	23.08.51	08.06.17
Herr	Dr. med.	Richard Rütten	30.01.20	10.06.17
Frau	Dr. med.	Alexandra Kluge	02.04.37	11.06.17
Herr	Priv.-Doz. Dr. med.	Winfried Barnett	02.10.53	13.06.17
Frau		Antje Fütting	23.12.72	13.06.17
Frau	Dr. med.	Paula Maria Hölscher	07.03.20	14.06.17
Herr	Prof. Dr. med.	Rainer Dietz	14.02.46	14.06.17
Herr	Prof. Dr. med.	Karlwilhelm Horn	04.01.28	16.06.17
Herr	Dr. med.	Joachim Liebscher	30.07.38	18.06.17
Herr	Dr. med.	Ingo Doogs	25.08.38	26.06.17
Herr	Dr. med.	Detlef Liedtke	22.09.42	26.06.17
Herr	Prof. h.c. Dr. med.	Yuguo Weng	06.09.46	26.06.17
Frau	Dr. med. habil.	Gisela Krug	01.02.41	27.06.17
Frau	Dr. med.	Edith Jaeger	13.03.30	28.06.17
Frau	Dr. med.	Elisabeth Stelter	15.11.31	29.06.17
Herr		Helmut Namenek	07.02.50	29.06.17
Herr	Dr. med.	Juri Goichmann	02.03.51	04.07.17
Herr	Dr. med.	Rüdiger Diemer	27.03.54	04.07.17
Frau	Dr. med.	Ingrid Waltz	25.06.40	07.07.17
Herr		Klaus-Werner GROSSER-Schlepps	09.08.45	08.07.17
Frau	Dr. med.	Heide Grigo	02.04.41	09.07.17
Herr	Dr. med.	Klaus Burghard	12.06.48	11.07.17
Herr	Dr. med.	Ernst Wilke	20.07.36	12.07.17
Frau		Annemarie Bauer	11.03.24	20.07.17
Herr		Jürgen Becker	25.04.51	21.07.17
Herr		Eberhard Vorbrott	04.08.37	24.07.17
Frau	Dr. med.	Gudrun Düntsch	15.06.25	25.07.17
Herr	Dr. med. habil.	Klaus Kehl	13.03.40	28.07.17
Herr	Dr. med.	Hermann von Stuckrad	12.01.35	30.07.17
Herr	Dr. med.	Karl-Heinz Drogula	14.06.25	31.07.17
Herr		Klaus Lottermoser	23.03.52	03.08.17
Herr	Dr. med.	Hans Reissner	15.08.22	06.08.17
Herr	Dr. med.	Holger Hoppe	01.07.59	07.08.17
Frau		Regina Schulze	21.05.47	09.08.17
Herr		Jens Bühner	05.08.57	10.08.17
Frau	Dr. med.	Christine Lehmann-Stephanowsky	01.03.42	11.08.17
Herr	Dr. med.	Gisbert Heinrich	10.04.40	12.08.17
Frau	Dr. med.	Hildegard Enß	05.04.26	13.08.17
Herr	Prof. Dr. med.	Kurt Merkel	16.10.45	13.08.17

Frau		Jutta Nissen	07.04.58	13.08.17
Herr	Dr. med.	Joachim Beese	15.06.31	14.08.17
Herr	Dr. med.	Karl-Walter Kertzendorff	07.01.38	14.08.17
Frau	Dr. med.	Rose-Marie Mellerowicz	07.04.23	19.08.17
Herr	Dr. med.	Peter Tiling	24.11.34	24.08.17
Frau	Dr. med.	Margot Fojuth	08.10.20	26.08.17
Frau	Dr. med.	Elisabeth Maile	14.12.55	26.08.17
Herr	Prof. Dr. med.	Henning Rohde	11.12.37	27.08.17
Frau	Dr. med.	Helene Kaufhold	05.02.33	31.08.17
Herr		Hartmut Frenz	04.05.43	07.09.17
Frau	Dipl.-Med.	Elke Liebsch	27.07.50	07.09.17
Herr		Tjerk van den Berg	16.06.48	14.09.17
Frau		Renate Stratz	20.08.44	16.09.17
Herr	Prof. Dr. med.	Horst Gutsche	08.01.25	17.09.17
Herr		Hans Joachim Donath	05.10.33	19.09.17
Herr		Michael Aust	07.08.51	21.09.17
Herr	Dr. med.	Gerhard Byck	12.06.20	02.10.17
Frau	Dipl.-Med.	Barbara Egel	06.07.51	04.10.17
Herr	Dr. med.	Ulrich Serke	23.01.22	07.10.17
Frau	Dr. med.	Eva-Marie Günther	08.03.24	10.10.17
Herr	Dr. sc. med.	Willi Stein	06.03.33	10.10.17
Herr	Dr. med.	Tamas Tänzer	28.05.45	10.10.17
Herr	Prof. Dr. med.	Gerhard Palme	21.09.29	11.10.17
Herr	Dr. med.	Michael Zimmermann	18.09.45	14.10.17
Frau	Dr. med.	Marie-Luise Spreitzer	17.01.40	16.10.17
Herr	Dr. med.	Eugen Kahl	29.01.27	19.10.17
Herr	Dr. med.	Wolfgang Büchner	28.01.40	20.10.17
Herr	Dr. med.	Oliver Janke	14.01.70	21.10.17
Herr	Prof. Dr. med.	Werner Bach	25.04.34	24.10.17
Herr		Ingo Siebel	27.01.44	29.10.17
Frau	Dr. med.	Irmgard Sadowski-Busch	18.12.43	08.11.17
Herr	Dr. med.	Eckhard Schmidt	12.02.35	13.11.17
Herr		Peter Dohrn	12.03.38	22.11.17
Herr	Dr. med.	Martin Schmutzler	11.05.58	22.11.17
Herr	Dr. med.	Helmut Kellerhoff	15.03.26	28.11.17
Frau		Maria-Elisabeth Veerhoff	27.12.28	29.11.17
Herr	Prof. Dr. med.	Klaus Borner	31.01.36	30.11.17
Herr	Dr. sc. med.	Klaus Ruckpaul	29.05.30	03.12.17
Frau	Dr. med.	Sigrid Fenske-Bork	21.07.40	08.12.17
Herr	Prof. Dr. med.	Friedhelm Schmidt	13.08.33	09.12.17
Frau	Dr. med.	Karola Dynin	21.06.42	13.12.17
Herr	Dr. med.	Holger Thalheim	29.03.29	23.12.17

# „Er ist Arzt. Wie soll er sonst entscheiden?“

**INTERVIEW** mit dem Schauspieler Jörg Hartmann über seine Rolle als „Professor Bernhardt“ im gleichnamigen Stück von Arthur Schnitzler. Drei Stunden lang brilliert der Fernseh-Star als moralisch standfester jüdischer Arzt und Chef einer Privatklinik in einem Strudel von Intrigen, antisemitischen Vorurteilen, Feigheit und Verrat. Er ist Thomas Ostermeiers sehr humaner und sturer Opfer-König in dieser hochaktuellen Schaubühnen-Inszenierung mit 15 Schauspielern.

*BÄ: Nach über sieben Jahren Abstinenz sind Sie als Ensemblemitglied an die Berliner Schaubühne zurückgekehrt. Schön für uns! Was macht das Arbeiten dort für Sie so reizvoll?*

**Jörg Hartmann:** Es ist wie Urlaub oder wie Meditation und mit einer großen Leichtigkeit verbunden. Im Grunde genommen ist diese Art der Arbeit mit den Kollegen, dieses Eingebundensein in dieser Theaterarbeit meine Droge. (lacht) Meine einzige!

*BÄ: Was bietet die Schaubühnen-„Droge“ Ihnen denn noch?*

**Hartmann:** Wir haben an der Schaubühne ein großes Ensemble und können ohne Fremdhilfe große Stücke spielen. Wo kann man das sonst schon? Feste Probezeiten und das Wegfallen weiterer Reisezeiten sind eigentlich auch ideal. Viel besser, als wenn ich irgendwo in der Republik drehen müsste und komplett weg wäre.

*BÄ: Ihr Faible für Komik und sehr körperliches Spiel, das bei einigen Ihrer Schaubühnen-Rollen auffiel, wie z.B. bei Ihrem Oberon im „Sommernachtstraum“ – woher kommt das eigentlich?*

**Hartmann:** „Ober Oberon“ habe ich den genannt! (schmunzelt) Mein Vater war ja Dreher. Aber er hatte immer etwas sehr Spielerisches und war auch in gewisser Weise ein Clown. Übrigens waren meine Großeltern väterlicherseits beide taubstumm. Da hat man ja dann nur die Gesten und die Körperlichkeit. Bei Feiern hat mein Vater oft auf Zuruf Begriffe in einer Fantasie-Gebärdensprache sehr expressiv vorgeführt.

## Jörg Hartmann – im Theater und Film mit starker Präsenz

Das markante Gesicht des 48-jährigen Westfalen, der in Herdecke als schüchtern und kreativer Junge aufwuchs und über seine Erfahrungen als Klassenclown und eine Theater-AG zum Schauspiel kam, verbinden viele mit Hartmanns sperrigen Serienfiguren.

Falk Kupfer heißt sein düsterer und angstbesetzt rigide handelnder „Weissen-see“-Protagonist, ein überzeugter Stasioffizier, der 2010 in der ARD auftauchte und bis zum Mauerfall in drei Staffeln verbissen für das Überleben des realen Sozialismus kämpfte. Im Mai geht es mit Staffel 4 weiter.

Seit 2012 überzeugt und irritiert Hartmann im Dortmunder Tatort als der traumatisierte und unberechenbare Hauptkommissar Peter Faber, der Frau und Tochter in einem fingierten Unfall verlor.

Nach dem Schauspielstudium in Stuttgart und Theaterengagements in Meiningen und Mannheim war Hartmann von 1999 - 2009 festes Ensemblemitglied der Berliner Schaubühne. Nach über sieben Jahren Unterbrechung kehrte er im Herbst 2016 ins Ensemble zurück – mit den renommiertesten Auszeichnungen der Fernsehbranche im Gepäck. Doch, ganz Ruhrpottler, lässt der beliebte und zuverlässige Teamplayer – so die Kollegen – nie den Star raushängen.

**„Professor Bernhardt“:** Die Hauptrolle in Thomas Ostermeiers zeitgemäßer Inszenierung von Arthur Schnitzlers zensiertem Ensemblestück, das 1912 in Berlin Uraufführung hatte, wurde für den Charakterdarsteller Jörg Hartmann im Dezember 2016 gleich ein großer Wurf. Der souveräne und integre Internist Bernhardt – ein Agnostiker mit jüdischen Wurzeln – verweigert als Privatklinik-Chef einem herbeigerufenen Pfarrer den Kontakt mit seiner im Sterben liegenden Patientin. Nach einer außerhalb der Klinik verpfuschten Abtreibung glaubt sie im medikamentös induzierten Zustand der Euphorie an Heilung. Das Humane an der Entscheidung, sie ohne Konfrontation mit dem Pfarrer friedlich sterben zu lassen, wird Bernhardt als Jude abgesprochen. Ist nicht seine „Tat“ ein antichristlicher Akt? Jedes Mittel ist recht, wenn jemand im Weg ist. Antisemitische Ressentiments, Hetze und karrieristische Gemetzel: Manchmal helfen nur Déjà-vu-Lacher gegen Verzweiflung!

Jörg Hartmann lebt in Potsdam und ist mit Schauspielkollegin Silvia Medina liiert. Mit ihr hat er zwei gemeinsame Kinder (3 und 1,5 Jahre) und ist Vater einer 14-jährigen Tochter aus früherer Ehe.

Elke Eich

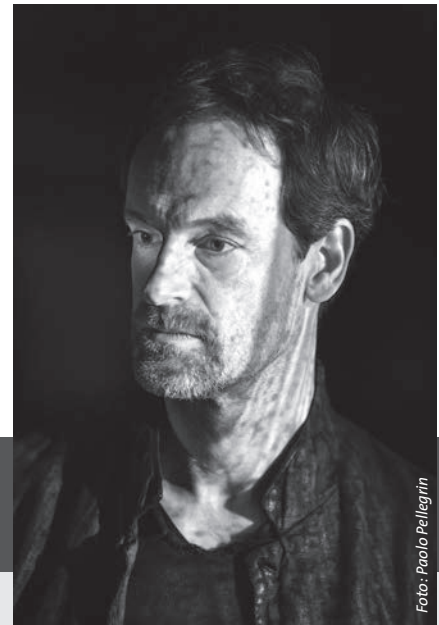


Foto: Paolo Pellegrin

(Hartmann imitiert seinen Vater gestikulierend und mit Lauten.) Das hat natürlich alle zum Lachen gebracht.

**BÄ:** Schnitzler legte Ihr aktuelles Stück als Komödie an und es gibt Déjà-vu-Lacher im Publikum! Was können wir lernen?

**Hartmann:** Es steckt ja so viel drin. Vordergründig geht es um Antisemitismus, aber auch um Opportunismus. Darum, wie einem in den Rücken gefallen wird. Wie Leute einen Vorfall missbrauchen, um selbst in der Karriere weiter zu kommen. Man sieht auch, was man aus einem einzigen, sogar relativ kleinen Vorfall alles machen kann. Durch Umdeutungen, falsche Fakten und Lügen wird etwas völlig umgewandelt und bekommt andere Dimensionen, was dann eine Lawine auslösen kann. Mir fällt da auch das Stichwort „Fake News“ ein.

**BÄ:** Und was ist mit Parallelen zwischen den Hierarchien und Machtkämpfen im profilineurotischen und intriganten Ärztekosmos Schnitzlers und den Tücken des Theaterbetriebs?

**Hartmann:** Das Theater ist letztendlich kein basisdemokratischer Verein und hat schon auch feudale Strukturen. Am Ende des Tages muss da auch einer sagen, wo's langgeht. Opportunismus und Grabenkämpfe gibt es überall, wo es Menschen gibt, und auch am Theater wird mitunter mit harten Bandagen gekämpft. Da hatte ich bislang Glück, und es ist mir noch nie was Schlimmes widerfahren.

**BÄ:** Würden Sie sagen, Bernhardi hat recht mit seiner strikten Haltung?

**Hartmann:** Die Qualität des Stückes ist ja auch, dass verschiedene Seiten gezeigt werden. Natürlich ist man anfangs auf der Seite von Bernhardi, aber auch der zeigt dann so seine Seiten, wo man gar nicht mitgehen mag – dieser Sturkopf! Ich höre oft von Zuschauern: „Wieso wehrt er sich denn nicht? Warum lässt er das alles über sich ergehen?“

**BÄ:** Welche Argumente der anderen sind besonders schlüssig? Es geht ja auch um das Überleben der Privatklinik.

**Hartmann:** Wenn der Flint (Anmerkung: der Gesundheitsminister und Bernhardis

Studienfreund) zum Beispiel sagt, dass man immer das Große und Ganze im Auge behalten muss, und dass, wenn man immer nur auf das Kleine achtet, das große Ziel nicht schafft. Jeden kleinen Moment moralisch und ethisch perfekt sein, könnte auch bedeuten, ein großes moralisches Ziel mit einem noch höheren moralischen Wert dann nicht zu erreichen. D.h., wenn man immer in jeder Sekunde absolut richtig handeln muss, dann erreicht man das Große vielleicht nicht. Das ist eine schwierige Frage.

**BÄ:** Also, wie in der Politik, Kalkülen folgen, statt sich immer absolut treu zu bleiben?

**Hartmann:** Man muss wohl immer wieder geschickt sein, Kompromisse eingehen und auch mal eine Etappenniederlage einstecken können. Und wenn es nur darum geht, am Ende vielleicht 50-70 % dessen zu erreichen, was man anfangs wollte. Dann kommt man weiter, als wenn man in jedem Moment 1000-prozentig integer sein will. Aber das ist letztendlich Philosophie.

**BÄ:** Und was sagen Sie als Anwalt Ihrer Figur? Steht Bernhardis hartnäckige Weigerung, seinem Fall eine politische Dimension zu geben, für Verdrängung?

**Hartmann:** Er wollte das nicht. Nicht, weil er unpolitisch oder naiv war, sondern weil er sich nicht beschmutzen, nicht einspannen, benutzen und vor einen Karren spannen lassen wollte – weder von seinen Feinden, noch von seinen Freunden. Er will nichts mit Politik zu tun haben, nicht politisch missbraucht werden und betont, dass er als Arzt und als Mensch gehandelt hat. Man kann darüber streiten, ob das funktioniert. Aber aus seiner Sicht als Arzt ist das richtig so. Er ist Arzt! Wie soll er sonst entscheiden? – Und er hat einfach als Mensch gehandelt.

**BÄ:** Am Ende sprechen der junge Pfarrer und Bernhardi miteinander, nachdem er wieder freigelassen und rehabilitiert ist. Was bewegt Sie an diesem Dialog?

**Hartmann:** Ich finde es traurig und irre, wenn zwei Männer, die beide nicht auf den Kopf gefallen sind und wirklich in der

Lage sind, auf der höchsten sprachlichen Klaviatur zu spielen, nicht zueinanderkommen können. Vielleicht gibt es ein wie auch immer geartetes antisemitisch-rassistisch geprägtes Problem. Vielleicht ist es aber auch nur ein Gespräch zwischen einem Vertreter des Rationalen, der Wissenschaft, und einem Vertreter der Religion, des Irrationalen und des Transzendenten.

**BÄ:** Sie haben sich heute um Ihren kranken kleinen Sohn gekümmert. Als jemand, der aus Herdecke kommt, der Krankenhaus-Hochburg der Anthroposophie: Haben Sie eine Affinität für diese Art der alternativen Medizin und behandeln auch Ihre Kinder damit?

**Hartmann:** Wie die allgemeine Bevölkerung von Herdecke damals, hatte ich früher mit der Anthroposophischen Klinik wenig, bzw. nichts zu tun und bin erst wegen meines Zivildienstes dahin gekommen. Heute sage ich: Die anthroposophische Medizin funktioniert und wirkt aus meiner Erfahrung auch bei kleinen Kindern. Ich weiß ja, was die Schulmedizin draufhat und habe der auch Einiges zu danken, aber ich setze alternative Medizin eben auch ein. Es ist ja alles sehr komplex. Auch wenn ich kein Esoteriker bin, denke ich wie Horatio im „Hamlet“: „Es gibt mehr Dinge zwischen Himmel und Erden, als Eure Schulweisheit sich träumt.“

**BÄ:** Wir bedanken uns für das Gespräch.

Das Interview führte Elke Eich.

### 5 Jahre Foto-Kampagnen der Schaubühne, von 2013-2018

Der aufwändig gestaltete Bildband, aus dem das Foto von Jörg Hartmann auf diesen Seiten stammt, umfasst auf 352 Seiten 5 Kampagnen mit 158 Abbildungen. Beginnend im Jahr 2013 wurde das Ensemble der Schaubühne jährlich neu gefeiert in Portrait-Serien der Fotografen Jürgen Teller, Ute & Werner Mahler, Pari Dukovic, Brigitte Lacombe und Paolo Pellegrin. Im Kerber Verlag erschienen (ISBN 978-3-7356-0424-8) und ab sofort im Handel (für 48,- €) oder im Webshop der Schaubühne (für 40,- €) erhältlich.