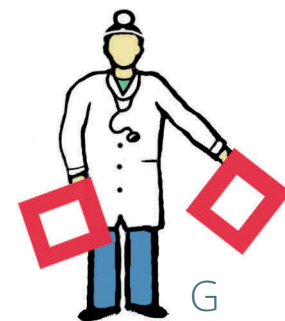
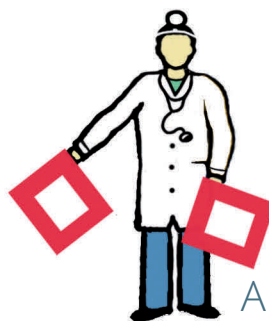
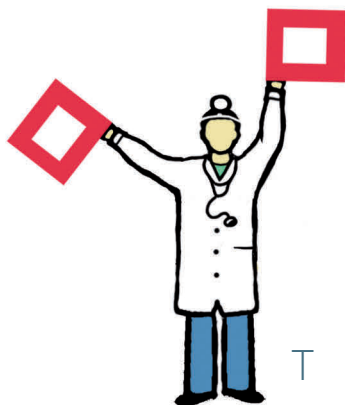
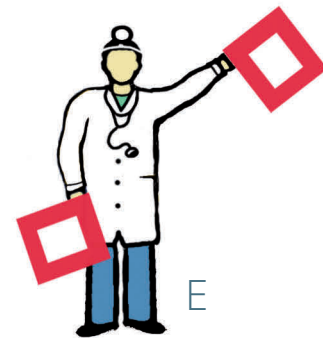
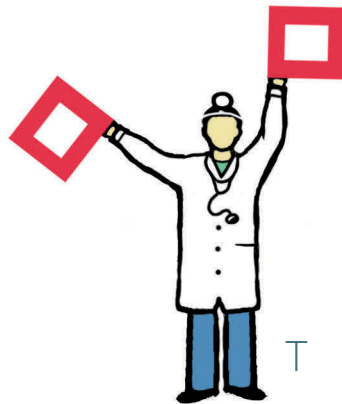
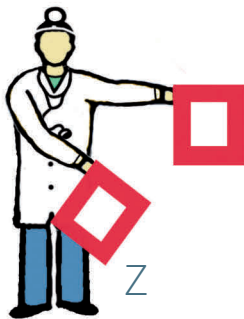
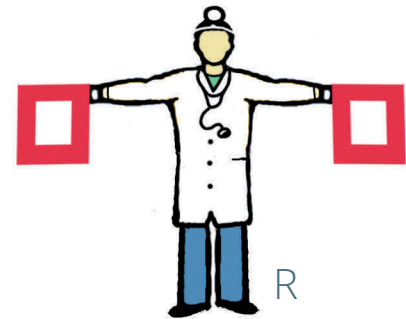
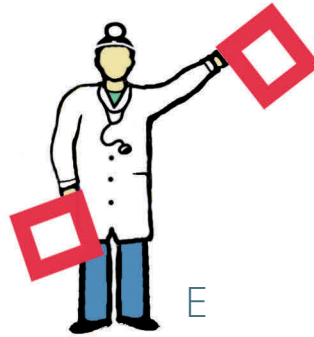
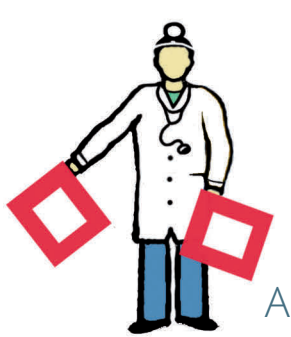


BERLINER ÄRZTE

7 / 2018 55. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

thebmj
in Kooperation mit dem
British Medical Journal



STARKE **SIGNALE** AUS ERFURT

DER 121. DEUTSCHE ÄRZTETAG ZU GAST IN THÜRINGEN

Lockerung des Fernbehandlungsverbots – Chancen und Grenzen



Dr. med. Irmgard Landgraf

(Internistin mit Hausarztpraxis in Steglitz) ist Mitglied des Krankenhausausschusses der Ärztekammer Berlin.

Auf dem 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt wurde mit Änderung der Musterberufsordnung die Grundlage für eine ausschließliche Fernbehandlung geschaffen.

Nun werden im Einzelfall auch Ärzte in Deutschland, wie es in einigen europäischen Nachbarländern bereits Standard ist, Patienten ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt online ärztlich beraten und behandeln können, wenn die Landesärztekammern dies in ihre Berufsordnungen übernehmen. Aber ist das überhaupt notwendig?

Der Erfolg von Europas größter Online-Arztpraxis DrEd zeigt, dass es einen Bedarf für Online-Sprechstunden gibt. Immer mehr Menschen möchten ärztliche Hilfe dann in Anspruch nehmen, wenn sie selbst dafür Zeit haben.

Das Aufsuchen von Arztpraxen, verbunden mit nicht immer einfachen Terminabsprachen und langen Wartezeiten, wird zunehmend unattraktiv. Online-Sprechstunden scheinen da eine gute Alternative, wie die Zahlen von DrEd zeigen. Es wurden bereits mehr als 400.000 Beratungen und Behandlungen deutscher Patienten durchgeführt – mit steigender Tendenz. Nun werden wir auch in Deutschland wohl bald diesen Service bieten können.

Unter der Voraussetzung, dass die technischen Anforderungen einfach lösbar sind, die datenschutzrechtlichen Vorgaben eingehalten werden und die Honorierung angemessen ist, bieten Online-Sprechstunden Ärzten und Patienten viele Vorteile. Immer dann,

wenn es Patienten aus organisatorischen oder gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, ihren Arzt aufzusuchen, könnten Videosprechstunden hilfreich sein und eine Alternative zu sonst notwendigen ärztlichen Hausbesuchen. Besonders auf dem Land, wo bereits Ärztemangel besteht und Patienten zum Arzt 30 und mehr Kilometer fahren oder gefahren werden müssen, sind Online-Sprechstunden ideal. Notwendige ärztliche Wund- und Hautkontrollen lassen sich so qualifiziert durchführen, Behandlungsverläufe auch über räumliche Distanzen kontrollieren. Ärzte werden zeitlich entlastet und können digital unterstützt mehr Patienten gut versorgen. Aber auch in einer Stadt wie Berlin werden wir von Online-Sprechstunden profitieren. Hier haben wir zwar nicht immer weite Wege, aber zeitaufwendige Hausbesuche durch Verkehrsstaus und Parkplatzsuche. Und – in Berlin, der Stadt mit dem höchsten Altersquotienten in Deutschland, leben viele ältere und hochbetagte Menschen mit entsprechendem Pflegebedarf und körperlicher oder kognitiver Einschränkung. Sie werden zu Hause oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt und können aus gesundheitlichen Gründen nur mit großem Aufwand oder gar nicht in die Arztpraxis gebracht werden. Ärztliche Hausbesuche ließen sich teilweise durch Online-Sprechstunden ersetzen.

Die Öffnung der Fernbehandlung ermöglicht uns nun aber auch die Online-Beratung und -Behandlung von Menschen, die wir nicht persönlich kennen und nicht körperlich untersuchen können. Ideal ist eine solche Situation nicht. Der ratsuchende Patient kann online nicht mit all seinen Problemen erfasst werden, was evtl. zu Lasten der Patientensicherheit geht. Aber bevor jemand seine Beschwerden googelt und mögliche Diagnosen findet, die ihn verunsichern und falsche Konsequenzen ziehen lassen, sollte er sich ärztlichen Rat online einholen, auch bei einem ihm nicht bekannten Arzt. Auf dem Land mit geringer Arztdichte und langen Wegen ist das im Notfall eine sinnvolle Lösung.

In Berlin mit einem guten KV-Notarztssystem und zukünftig noch mehr Notfallpraxen, werden wir Fernbehandlungen uns unbekannter Patienten kaum brauchen.

Sinnvoll erscheint mir, dass wir bei Bedarf unseren Patienten Online-Sprechstunden ohne direkten Arzt-Patienten-Kontakt anbieten, so dass sie keinen ihnen unbekanntem online Arzt konsultieren müssen. Vor allem aber werden unsere immobilen, multimorbiden Patienten profitieren, die nun auch online ärztlich betreut werden können.

Mit der Lockerung des Fernbehandlungsverbots bietet uns die Digitalisierung noch mehr Chancen.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Laboruntersuchungen – Probleme bei und Lösungen für die Befundübermittlung

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 32 Berliner und 4 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Zwei Berichte wurden aus der Berichtskampagne „Laborbefunde im Fokus“ ausgewählt:

1. Eine Ärztin oder ein Arzt berichtet ein geschätzt monatlich auftretendes Ereignis:

Am Abend erste Troponin-Bestimmung als Schnelltest direkt in der Notaufnahme. Trotz Thoraxschmerzen wurde entschieden, das zweite Troponin (geplante Bestimmung 3 Stunden nach Erstbestimmung) abzuwarten, bevor der Herzkatheter-Dienst angerufen wird. Die Blutentnahme erfolgte dann 3 Stunden später. Anschließend der umgehende Versand per Rohrpost. Freigabe eines deutlich erhöhten Troponin erfolgte vom Labor erst ca. eineinhalb Stunden später (telefonische Nachfrage). Dadurch Verzögerung der Koronarangiografie.

Die laborchemische Bestimmung dauert nicht 95 Minuten! Gerade Laborwerte mit hoher Relevanz für die nachfolgende zeitkritische Behandlung, wie z. B. Troponin, sollten umgehend, nach dem das Ergebnis vorliegt, freigegeben werden.

2. Eine Pflegekraft berichtet ein geschätzt täglich auftretendes Ereignis aus der Inneren Medizin: Kritische Laborwerte werden vom Labor an das Stationstelefon übermittelt. Das Pflegepersonal muss den zuständigen Arzt suchen. So kommt es zur Verzögerung bei der Behandlung des Patienten.

¹http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Rili-BAEK-Laboratoriumsmedizin.pdf

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

Es gibt unterschiedliche Systeme, die sicherstellen, dass auf der Station eintreffende Befunde auch gelesen/wahrgenommen werden. Entweder müssen diese im Krankenhausinformationssystem (KIS) bestätigt werden, es gibt aber auch noch auf Papier eintreffende Befunde, auf denen abgehakt und per Unterschrift dokumentiert wird, dass eine Ärztin oder ein Arzt diese gesehen hat.

Der übliche Weg bei der Übermittlung kritischer Befunde (Extremwerte, die ein sofortiges Handeln erforderlich machen) ist allerdings das Telefon. Hier kann es schwierig sein, jemanden telefonisch zu erreichen oder die Befunde an die richtige Person auf der Station weiterzugeben.

- Im Labor müssen die entsprechenden Telefonnummern der Stationen bzw. Notfall-Telefonnummern (wenn jemand aus der ersten Linie nicht erreicht wird) bekannt sein. Diese Telefonlisten aktuell zu halten (zum Beispiel beim Umzug von Stationen), ist je nach Größe des Hauses bzw. bei externen Laboren nicht immer einfach.

- Sollte es zu einem kompletten EDV- oder Stromausfall kommen, kann ggf. ein kritischer Befund nicht übermittelt werden (weil eine in der EDV hinterlegte Telefonliste nicht zur Verfügung steht oder auch das Telefon ausfällt).

- Es kann zu Missverständnissen zwischen dem Mitarbeiter des Labors und dem der Station kommen, während der Befund übermittelt bzw. dokumentiert wird. Wurde z. B. alles korrekt gehört?

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

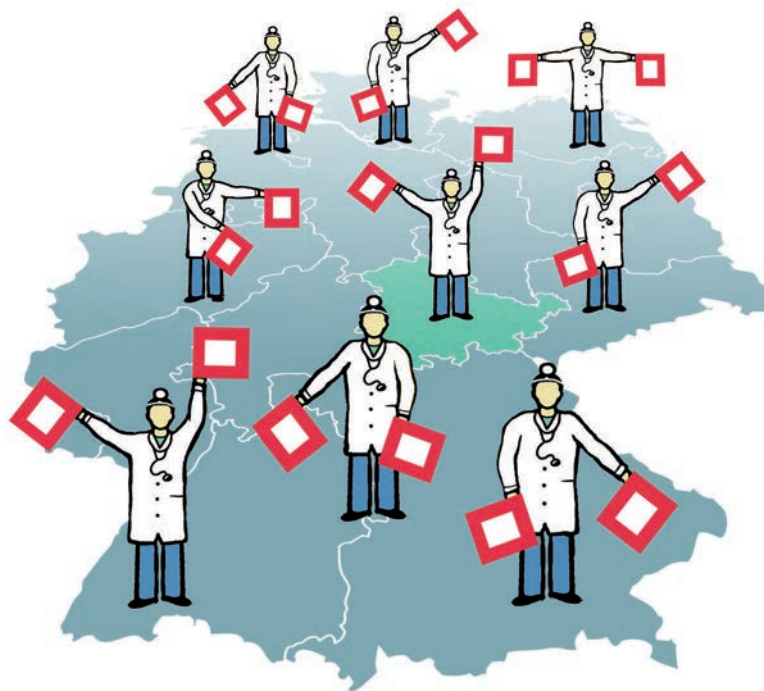
- Für die Befundübermittlung von kritischen Werten müssen die Grenzen festgelegt und im Labor leicht erkennbar hinterlegt sein, bei denen eine sofortige Benachrichtigung der Station, auf der sich der Patient aktuell befindet, erfolgen soll. Dies wird in der „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen – Rili-BÄK“ gefordert 6.1.9.¹
- In einigen Häusern besteht eine klare Regelung, wie oft die Mitarbeiter des Labors auf der Station eine übliche Telefonnummer anrufen müssen (z. B. dreimal), bevor sie dann als nächste Eskalationsstufe ein durchgängig besetztes Telefon anrufen (z. B. des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, zweimal).
- Ein nationales Patientensicherheitsziel in den USA ist die zeitnahe Übermittlung kritischer Befunde. Aus diesem Grund wird (wie z. B. auch von der Joint Commission) geregelt, von wem an wen und auch wie ein Befund übermittelt werden soll. Danach soll der Befund von der Person auf Station, die diesen entgegennimmt, „zurück gelesen“ werden. Beispiel: Frau Anne Schulz auf der Station hat aktuell ein Kalium von 7,3; bei der Befundübermittlung gibt die Pflegekraft zurück „ich habe ein Kalium von 7,3 bei Frau Anne Schulz“. In einigen Häusern wird die Einhaltung dieses Verfahrens laufend überprüft. Bei etwa 70 % der kritischen Werte lesen die Pflegenden auf Station diese unaufgefordert zurück!

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

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



STARKE SIGNALE AUS DER MITTE DEUTSCHLANDS



GASTKOMMENTAR.....

Lockerung des Fernbehandlungsverbots – Chancen und Grenzen

*Von Irmgard Landgraf.....*3

BERLINER ÄRZTE aktuell...6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Manifest für die Multimorbidität

BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal31

Delegierte diskutieren über Ausschuss „Versorgung“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. Juni 2018
*Von Sascha Rudat.....*35

TITELTHEMA

Der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt hat einige wegweisende Beschlüsse gefasst. An vielen waren Berliner Delegierte beteiligt.

*Von Sascha Rudat.....*14

Spannende Diskussion zwischen „Silberrücken“ und „Generation Spaß“

Von Sascha Rudat..... 21

Stimmen der Berliner Delegierten zum 121. Deutschen Ärztetag..... 22

Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin im Jahr 2017

*Von Dirk Werber.....*37

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

..... 4

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....32

PERSONALIEN.....

In memoriam Wolfgang Presber

.....36

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.

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

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin sowie unter der Telefonnummer **030 / 40 80 6 - 26 36.**

FACHWIRT/IN FÜR AMBULANTE MEDIZINISCHE VERSORGUNG Praktisch-mündliche Fortbildungsprüfungen im Herbst 2018

Die Ärztekammer Berlin führt die nächsten praktisch-mündlichen Fortbildungsprüfungen im Rahmen der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ am

10. und 12. Oktober 2018

durch.

Die Bereitstellung der Präsentationsthemen für die praktisch-mündlichen Prüfungen erfolgt am

28. und 30. August 2018.

Die Prüfungen sowie die Bereitstellung der Präsentationsthemen finden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt.

Prüfungsbewerber werden gebeten, sich mit folgenden Unterlagen anzumelden:

1. Zeugnis über die erfolgreiche Abschlussprüfung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arztshelferin/Arztshelfer oder einen anderen Abschlusses nach § 11 der Prüfungsordnung in beglaubigter Kopie,
2. Bescheinigung(en) über Zeiten einschlägiger Berufserfahrung,
3. Bescheinigung(en) über die acht bestandenen schriftlichen Teilprüfungen der Fortbildungsprüfung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Anmeldeschluss ist der 13. Juli 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 erhalten Sie unter der Telefonnummer **030 / 40 80 6 - 26 36.**

Kammerwahl 2018

Kammerwahl – Politische Willensbildung nimmt Fahrt auf!



Der Wahlausschuss: Volker Pickerodt, Trutz-Hagen Legarth, Ines Ziegler (Wahlleiterin), Brigitte Wrede, Christiane Bürger und Ralf Schindler (v.l.)

Im Juni-Heft BERLINER ÄRZTE ist der Startschuss zur diesjährigen Kammerwahl erfolgt: Der Vorstand hat wichtige Informationen zur Wahl bekanntgegeben, unter anderem zum Wahlzeitraum, zur Auslegung des Wahlverzeichnisses und zur Besetzung des Wahlausschusses.

Auf die ebenfalls im Juni-Heft abgedruckte Aufforderung des Wahlausschusses zur Einreichung von Wahlvorschlägen (Listen) haben bereits mehrere Kammermitglieder die für die Zulassung eines Wahlvorschlages notwendigen Unterlagen abgefordert. Die politische Willensbildung nimmt mithin Fahrt auf.

Am 6. Juni hat der Wahlausschuss zum zweiten Mal getagt und unter anderem die notwendigen Vorgaben zur Gestaltung der offiziellen Wahlunterlagen beschlossen.

Mit der Versendung der Wahlunterlagen im Oktober beginnt der Wahlzeitraum.

Aus gegebenem Anlass wird nachfolgend an die Frist zur Abgabe der Wahlvorschläge erinnert:

Wahlvorschläge (Listen): Abgabefrist beachten!

Die Wahlvorschläge müssen bis zum
10. August 2018, 18:00 Uhr

bei der Ärztekammer Berlin – Wahlbüro – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingegangen sein.

Zur Wahrung der Frist ist der Eingang im Wahlbüro entscheidend.

Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist beim Wahlausschuss eingehen oder nicht

den Inhalts- und Formbestimmungen einschließlich den Vorgaben des Wahlausschusses entsprechen, können nicht zur Wahl zugelassen werden (§§ 12 und 13 Wahlordnung). Es ist daher empfehlenswert, die Wahlvorschläge bereits vor dem 10.08.2018 beim Wahlbüro einzureichen.

Für die Einreichung eines Wahlvorschlags sind Formblätter zu verwenden. Die entsprechenden Vordrucke erhalten Sie auf Anfrage bei der Ärztekammer Berlin – Wahlbüro (Wahlkoordinatorin) – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, elektronisch per E-Mail unter Kammerwahl@aekb.de oder schriftlich auf dem Postwege. Den Vordrucken ist ein informatives Anschreiben beigelegt, das alle Bestimmungen zu den Form-, Frist- und Inhaltsvorgaben enthält.

Patientensicherheit

MDS veröffentlicht Behandlungsfehlerstatistik



Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, kurz MDS, hat am 5. Juni seine jährliche Behandlungsfehlerstatistik vorgestellt. Danach erstellten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) 2017 bundesweit 13.519 Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern (inklusive Zahnmedizin). Die MDK-Fachärzte bestätigten jeden vierten Behandlungsfehlerverdacht (24,7 %). In jedem fünften Fall (19,9 %) stellten sie fest, dass die Schädigung des Patienten durch den Fehler verursacht wurde.

Im Jahr 2016 hatten die MDK noch 15.094 Behandlungsfehlerverdachtsfälle zu begutachten. Damit ist beim MDS ein ähnlich rückläufiger Trend zu beobachten wie bei der Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern, die im April vorgestellt wurde. Aber anders als bei der Bundesärztekammer bewertet man beim MDS diese Entwicklung nicht positiv. „Unsere Bilanz fällt ernüchternd aus: Wir sehen immer wieder die gleichen Fehler und zwar auch solche, die nie passieren dürften, weil sie gut zu vermeiden wären – vom im Körper vergessenen Tupfer bis hin zu Verwechslungen von Patienten und falschen Eingriffen“, sagte Dr. med. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des MDS. Nach wissenschaftlichen Schätzungen ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Trotz aller engagierten Bemühungen für mehr Patientensicherheit ist die

Transparenz über Art und Umfang von Fehlern unzureichend. Gronemeyer kritisierte, dass es an einer konsequenten Strategie fehle, um die Patientensicherheit zu verbessern, wie es international in vergleichbaren Gesundheitssystemen längst Praxis sei.

„Die in Deutschland verfügbaren Daten zu Behandlungsfehlern sind nicht repräsentativ für das Fehlergeschehen und erlauben daher kaum Rückschlüsse auf die Patientensicherheit“, erläuterte PD Dr. med. Max Skorning, Leiter Patientensicherheit beim MDS. Daten von Krankenhäusern, Ärzten, Haftpflichtversicherungen und Gerichten würden nicht veröffentlicht. „Man muss von einer hohen Dunkelziffer ausgehen. Deshalb sollten fehlerbedingte Schadensereignisse systematisch erfasst und analysiert werden, um gezielter Fehler vermeiden zu können“, sagte Skorning. Behandlungsfehler sollten ähnlich wie Arbeitsunfälle verpflichtend erfasst und für die Entwicklung von Schutzmaßnahmen genutzt werden, so die Forderung des MDS.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, hält dies für den falschen Weg. „Es geht nicht um das Melden, schon gar nicht unter Zwang, es geht ums Lernen.“ Der MDS hätte die Pflicht, mit bestem Beispiel voranzugehen und mit anstatt über die Betroffenen zu reden. Eine Root-Cause-Analyse der Fehler wie bereits im Jahr 2008 vom Aktionsbündnis Patientensicherheit in seiner wegweisenden Broschüre dargelegt, fehle vollständig, kritisierte Jonitz.

Öffentlicher Gesundheitsdienst

Senat will ÖGD attraktiver machen

Die Neu- und Nachbesetzung ärztlicher Stellen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bereitet dem Berliner Senat seit Längerem große Schwierigkeiten. Einer der Hauptgründe ist die deutlich schlechtere Bezahlung im ÖGD gegenüber anderen Bereichen, in denen Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Das soll künftig anders werden. Eine Vorlage der Senatsverwaltung für Finanzen in Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, die die Anwendung einer Einzelfallregelung vorsieht, nahm der Senat in seiner Sitzung 12. Juni 2018 zur Kenntnis. In begründeten Fällen können der ÖGD und die anderen betroffenen Dienststellen in Zukunft Fachärztinnen und -ärzten einen Sonderarbeitsvertrag mit einem außertariflichen Entgelt in der Höhe anbieten, wie es die Sonderregelungen des § 41 TV-L für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken mit einer Vollbeschäftigung von 42 Wochenstunden vorsehen (TV-L: Tarifvertrag der Länder). Dieser Sonderarbeitsvertrag soll nach sorgfältiger Einzelfallprüfung abgeschlossen werden dürfen,

- wenn für das zu besetzende Aufgabengebiet klinische Erfahrungen und Kompetenzen unverzichtbar sind und
- Untersuchungen, Begutachtungen sowie Behandlungen von Personen oder medizinische Beratungen durchzuführen sind und
- das Land Berlin andernfalls nicht mehr gewährleisten kann, die ihm obliegenden Aufgaben zu erfüllen und alle sonstigen zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft wurden.

Dabei sind die Dienststellen verpflichtet, vor Ausschreibung der ärztlichen Stellen die Voraussetzungen eigenverantwortlich zu prüfen und schriftlich zu dokumentieren.

Laut Gesundheitssenatorin Dilek Kolat (SPD) habe man im Oktober 2017 begonnen, den ÖGD um rund 400 Stellen, darunter rund 100 Ärztinnen und Ärzte, auszubauen. Mit der neuen Regelung werde nun die Gehaltslücke im ÖGD insbesondere bei Berufseinsteigern geschlossen. Zusammen mit anderen Vorteilen in der öffentlichen Verwaltung ergebe sich ein attraktives Gesamtpaket, betonte sie. Finanzsenator Dr. Matthias Kollatz-Ahnen (SPD) ergänzte, dass die neue Regelung auch auf bestehende Arbeitsverhältnisse angewendet werden könne. Dazu müssten die betroffenen Ärztinnen und Ärzte aber selbst aktiv werden. Auch hier müssten die Einzelfallentscheidungen von den Bezirken entsprechend begründet werden. Bevor die Bezirksverwaltungen das neue Instrument an die Hand bekommen, muss der Hauptpersonalrat noch zustimmen. Kolat fügte hinzu, dass es aber perspektivisch Ziel sei, den TV-L dahin gehend anzupassen, dass die Konditionen der Sonderregelungen eingearbeitet werden.

Über Beschäftigungsmöglichkeiten für Fachärztinnen und -ärzte im Land Berlin informiert u.a. ein Film im Karriereportal, der hier abgerufen werden kann:
www.berlin.de/karriereportal

Durchstarten in Deutschland

„Dies ist ein Haus von Ärzten für Ärzte, jeder Arzt ist hier willkommen“, mit diesen Worten begrüßte Dr. med. Gisela Albrecht, Geschäftsführerin der Kaiserin Friedrich-Stiftung, die ca. 50 Teilnehmer des zweitägigen Kompaktkurses „Das Deutsche Gesundheitssystem“ für ausländische Ärztinnen und Ärzte. Der Kurs, der seit 2012 regelmäßig von der Kaiserin Friedrich-Stiftung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten wird, richtet sich an Ärztinnen und Ärzte aus aller Welt, die in Deutschland eine Fort- oder Weiterbildung absolvieren bzw. ärztlich tätig werden wollen.

An diesen zwei Tagen erhalten sie einen Einblick in die ärztliche Selbstverwaltung, in die Grundlagen des deutschen Medizinrechts sowie in die Facharztweiterbildung, die Arbeit im Krankenhaus, die Dokumentationspflichten und einiges mehr.

In ihrem Grußwort bekräftigte Kammervizepräsidentin Dr. med. Regine Held, dass es für die Ärztekammer Berlin ein großes Anliegen sei, dass die Teilnehmer ihr Fachwissen möglichst schnell und erfolgreich im Arbeitsalltag anwenden können. So seien im deutschen Gesundheitswesen derzeit rund fünf Millionen Menschen beschäftigt und trotzdem steige der Personalbedarf bei Ärzten und in der Pflege ste-



Kammervizepräsidentin Regine Held: „Wir brauchen Fachkräfte in der Medizin.“

„Wir brauchen Fachkräfte in der Medizin. Fachkräfte, die wir hier ausbilden, aber auch Fachkräfte, die aus anderen Ländern zu uns kommen“, so Held. Im Jahr 2017 zählte die Ärztekammer Berlin 2.005 Mitglieder mit ausländischer Staatsangehörigkeit.

„Um den Einstieg in die Berufstätigkeit zu erleichtern, müssen Verfahren zur Anerkennung der Gleichwertigkeit ausländischer Medizinabschlüsse in Zukunft einheitlicher gestaltet und Entscheidungen schneller gefällt werden können“, verdeutlichte Held. Dafür hatten sich erst im Mai die Delegierten auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag ausgesprochen. Gerade in

der Medizin sei außerdem Sprache der Schlüssel zur Integration – im Dialog mit Patientinnen und Patienten genauso wie im Gespräch mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen.

„Sie sind willkommen“ – eine Aussage, die die Anwesenden auch von Michael Hahn, dem Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, hörten. Hahn informierte in seinen Vorträgen einerseits über den Aufbau des deutschen Gesundheitssystems und andererseits über die ärztliche Selbstverwaltung. Er berichtete über den sich ständig ändernden gesetzlichen Rahmen. „Jede neue Bundesregierung verabschiedet mindestens

eine Gesundheitsreform“, so Hahn. Und im Hinblick auf die ärztliche Selbstverwaltung erklärte er den Zuhörerinnen und Zuhörern, dass diese vor allem durch das enorme ehrenamtliche Engagement möglich sei. In diesem Zusammenhang wies er auf die im Herbst stattfindenden Kammerwahlen hin.

Anschließend gab Dr. med. Roland Urban, unter anderem Mitglied in verschiedenen ehrenamtlichen Gremien der Ärztekammer Berlin sowie im Wissenschaftlichen Beirat der Kaiserin Friedrich-Stiftung, den Kursbesuchern einen Einblick in die Funktionsweise deutscher Krankenversicherungen.

Weitere Vorträge, u. a. von Dr. med. Catharina Döring-Wimberg, Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung bei der Ärztekammer Berlin, thematisierten beispielsweise die Weiterbildung zum Facharzt oder die Fachsprachprüfung.

Eines machten die zwei Tage im Kaiserin Friedrich-Haus für alle Beteiligten deutlich: Ein erfolgreicher Start in das deutsche Gesundheitswesen verlangt allen Beteiligten ein hohes Maß an Eigeninitiative und Lernbereitschaft ab. Genauso wichtig: Die Mühe lohnt sich für Ärztinnen und Ärzte genauso wie für Patientinnen und Patienten.

X. Guillén-Sautter

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Park-Klinik Weißensee Dr. med Ursula Makowiec hat am 1. Juni 2018 die Abteilung der Gynäkologie an der Park-Klinik Weißensee übernommen. Sie tritt damit die Nachfolge von Dr. Elke Keil an. Dr. med Ursula Makowiec wechselt aus dem DRK Klinikum Westend, in dem sie als leitende Ärztin des Brustzentrums tätig war. Mit ihr kommt ihre langjährige Oberärztin, Dr. Isabell Utz-Billing, die in der Park-Klinik Weißensee die Leitung des Brustzentrums zum 1. Juli übernehmen wird. Mit dieser breiten Expertise insbesondere im Bereich der Brustkrebserkrankungen und der gynäkologischen Krebserkrankungen werden diese Schwerpunkte am Klinikum weiter ausgebaut.

..... (Korrekturen aus BERLINER ÄRZTE 06/2018)

Brustzentrum im Vivantes Klinikum am Urban Dr. Marion Paul und Dr. Claudia Gerber-Schäfer übernehmen als Chefärztinnen in Doppelspitze ab sofort die Leitung des Brustzentrums im Vivantes Klinikum am Urban. Sie treten die Nachfolge von Prof. Andree Faridi an, der das Unternehmen verlässt. Dr. Marion Paul ist bereits seit 2003 für Vivantes tätig. Damals baute sie als Oberärztin das Brustzentrum im Klinikum Am Urban mit auf. Seit 2011 ist sie als stellvertretende Chefärztin, leitende Oberärztin und Qualitätsmanagement-Beauftragte im Vivantes Brustzentrum tätig. Dr. Claudia Gerber-Schäfer arbeitete bis 2014 als Oberärztin bei Vivantes, leitete dann für 3 Jahre das Brustzentrum am Sankt Gertrauden-Krankenhaus und kehrt nun in das Vivantes Brustzentrum zurück.

Traumaambulanz Berlin im Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus Neue ärztliche Leiterin der Traumaambulanz ist Oberärztin Dr. Nikola Schoofs, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Die therapeutische Leitung übernahm zum 15. April die neue Leitende Psychologin des Bereiches Psychotraumatologie, Dipl.- Psych. Kathlen Priebe. Priebe ist ausgewiesene Expertin im Bereich Psychotraumatologie. Sie hat das Konzept für DBT-Trauma am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim mitentwickelt und evaluiert sowie in den letzten Jahren eine Ambulanz für Traumafolgestörungen an der Humboldt-Universität aufgebaut und geleitet.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel.: 030/408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99, E-Mail: s.rudat@aekb.de oder r.tuemann@aekb.de

Kongress

Hauptstadtkongress: Ärztekammer Berlin stark vertreten

Digitalisierung, Führung oder Werteorientiertes Gesundheitswesen – Vertreter der Ärztekammer Berlin waren in wichtigen Themenfeldern beim diesjährigen Hauptstadtkongress vom 6. bis 8. Juni als Podiumsteilnehmer oder Diskussionsleiter vertreten, allen voran Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (Foto links), der sich etwa mit dem Präsidenten der Apothekerkammer Berlin, Dr. Christian Belgardt (re.), und dem Präsidenten der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Markus Mai, über die aktuellen Entwicklungen der Kammerlandschaft und die Möglichkeiten der Zusammenarbeit bei „Kammern im Dialog“ austauschte.

Einen ausführlichen Bericht zum Hauptstadtkongress lesen Sie in der August-Ausgabe. *srd*



1. Newsletter des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin, Juni / Juli 2018

Das klinische Krebsregister für Brandenburg und Berlin wird in regelmäßigen Abständen Informationen zu aktuellen Themen im Sinne eines Newsletters bereitstellen. Möchten Sie diese Informationen per E-Mail erhalten, stellen Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten unter folgender E-Mail-Adresse zur Verfügung: **pr@kkrbb.de**. Bitte teilen Sie uns auch Ihre Fachrichtung mit, damit wir Sie fachrichtungsspezifisch informieren können. Sie finden den Newsletter auch im Brandenburger Ärzteblatt sowie unter **www.kkrbb.de**.

Meldepflicht

Alle in den Ländern Berlin und Brandenburg tätigen Ärztinnen, Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte sind zur Meldung an das klinische Krebsregister verpflichtet, sofern sie bei ihren Patientinnen oder Patienten Tumorerkrankungen diagnostizieren, behandeln oder nachsorgen (Artikel 11 Abs. 1 KKR- Staatsvertrag). Bitte beachten Sie, dass Sie verpflichtet sind, rechtzeitig, richtig

und vollständig zu melden, sofern ein Meldeanlass vorliegt (Artikel 35 Abs. 2 Nr. 3). Vollständig bedeutet an dieser Stelle: Alle Ihnen bekannten meldepflichtigen Informationen sind zu melden. Detaillierte Informationen zur Meldepflicht, meldepflichtigen Erkrankungen, zu Meldeanlässen, zu Meldewegen und Meldevergütung sowie Antworten auf häufig gestellte Fragen finden Sie unter **http://www.kkrbb.de/files/154198CC8F3/20160414_KKRBB_Meldeinfo_FAQs.pdf**.

Meldepflichtige Erkrankungen

Die Liste der meldepflichtigen Erkrankungen finden Sie unter: **http://www.kkrbb.de/files/155D9B04F9B/20171114_Meldepflichtige_Erkrankungen.pdf**

Verdachtsfälle sind nicht meldepflichtig! Meldepflichtig sind nur gesicherte Diagnosen. Sofern keine histo- oder zytologische Sicherung erfolgt, tritt die Meldepflicht ein, wenn die Diagnose klinisch hinreichend gesichert ist.

Klinisches Krebsregister
Brandenburg ■ Berlin 

Auszahlung der Meldevergütung

Aktueller Stand der Abrechnung Meldevergütung: Gegenwärtig erfolgt die Abrechnung der Meldevergütung von den Meldeanlässen der Tumormeldungen, die im 3. Quartal 2017 im Register dokumentiert wurden.

1. Qualitätskonferenz

Die 1. gemeinsame Qualitätskonferenz findet am 12.12.2018 im Haus der Brandenburgischen Ärzteschaft in Potsdam unter der Schirmherrschaft beider Länder und unter dem Vorsitz beider Ärztekammern statt.

Informationsveranstaltungen

Das klinische Krebsregister führt quartalsweise Informationsveranstaltungen durch. Die Termine werden rechtzeitig auf der Internetseite **www.kkrbb.de**

und im Brandenburgischen Ärzteblatt sowie in BERLINER ÄRZTE bekanntgegeben.

Nächster Newsletter

Im nächsten Newsletter wird das Thema Meldeanlässe und Meldevergütung ausführlich behandelt.

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner

Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner finden Sie auf der Homepage **www.kkrbb.de**

Wir bitten darum, dass Fragen und Anregungen nach Möglichkeit ausschließlich per E-Mail übermittelt werden. Bitte beachten Sie, dass Anfragen, die Patientendaten enthalten, keinesfalls per E-Mail übermittelt werden dürfen.

Klinisches Krebsregister für Brandenburg und Berlin gGmbH
Dreifertstr. 12
03044 Cottbus

IHR AUSBILDUNGSPLATZ – IHRE WERBUNG

WARUM AUSBILDEN?

Ausbildung lohnt sich für Sie!

Ausbildung ist ein nachhaltiges Mittel zur Gewinnung qualifizierter und motivierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nutzen Sie die Chance, Fachkräfte zu entwickeln, die Sie, Ihre Einrichtung und Ihre Patientinnen und Patienten von Anfang an kennen.

Mit Ihrem Engagement leisten Sie zudem einen wertvollen Dienst an in der Regel jungen Menschen sowie der Allgemeinheit.

Sehr gerne unterstützen wir Sie bei der Werbung für Ihren Ausbildungsplatz!

Wir bilden aus!

Informiere Dich hier



WERBEN SIE

... z. B. auf Ihrer Homepage

Die auf dieser Seite abgebildeten BANNER können Sie von unserer Homepage zur Einbindung auf Ihre Homepage herunterladen.

... oder durch Aushang in Ihrer Praxis



Werde MFA!
Informiere Dich hier



Wir bilden aus!
Informiere Dich hier

Werde MFA!

Informiere Dich hier



WERBEPLAKAT

Werbeflyer

Das rechtsseitige WERBEPLAKAT halten wir auf unserer Homepage ebenfalls zum Download bereit.

Gerne können Sie Exemplare unseres aktualisierten WERBEFLYERS (Faltblatt) für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r sowie das Werbeplakat in den Formaten A3 und A4 auch telefonisch (**030 /4 08 06 – 26 26**) oder per E-Mail (**medf@aekb.de**) bei uns anfordern.

AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE

Werbung auf unserer Homepage

Platzieren Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot auf der AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE.

Bitte senden Sie das Angebot (Ausbildungsstätte, Fachrichtung, Einstellungsdatum, ggf. weitere Angaben) per E-Mail an **onlineredaktion@aekb.de**.

Sie möchten wissen, ob Sie zur Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten persönlich berechtigt sind oder ob Ihre Praxis oder Einrichtung als Ausbildungsstätte geeignet ist?

Sie finden zusammengefasste „Informationen zur Ausbildungsberechtigung“ sowie die wichtigsten „Informationen zum Ausbildungsverhältnis“ auf unserer Homepage.

Weitere Informationen gerne auch telefonisch (**030 /4 08 06 – 26 26**).



WERDE EIN

Gesundheits- wesen



**Bewirb
Dich jetzt!**

Komm zu uns!

Werde Medizinische/r Fachangestellte/r (MFA)!

Wir bilden Dich aus!

Informationen hier bei uns und unter:

www.aerztekammer-berlin.de/mfa



ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Starke Signale

Bericht vom 121. Deutschen Ärztetag

Das deutsche Ärzteparlament hat dieses Jahr im Herzen der Republik getagt. Dass Erfurt in der Mitte Deutschlands oder gar Europas liegt, wurde insbesondere bei der Eröffnungsveranstaltung wiederholt betont. Ob die Beschlüsse und Botschaften, die vom 121. Deutschen Ärztetag in Erfurt ausgingen, auch aus der Mitte der Ärzteschaft kamen und welche Rolle die Berliner Delegierten dabei spielten, lesen Sie in diesem Bericht.

Von Sascha Rudat



aus der Mitte Deutschlands

Die Tagesordnung des 121. Deutschen Ärztetages hatte durchaus einige gewichtige und öffentlichkeitswirksame Themen zu bieten: Ausschließliche Fernbehandlung, Paragraf 219a StGB, Änderung der Muster-Berufsordnung, Patienten mit psychischen Erkrankungen – und wieder einmal – die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Um insbesondere der Bedeutung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) gerecht zu werden, wurde für diesen Tagesordnungspunkt zunächst der vollständige Freitag eingeplant – was nicht ganz ohne Schwierigkeiten blieb, wie sich später herausstellte.

Gleicher Kenntnisstand für alle

Kontrovers diskutierten die Delegierten darüber, wie Ärztinnen und Ärzte aus sogenannten Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union den Kenntnisstand ihrer medizinischen Ausbildung künftig besser belegen müssen. Es bestand bei den meisten Delegierten Einigkeit über die Notwendigkeit eines einheitlichen Nachweises, viele hielten aber nicht zwingend ein Staatsexamen für zielführend, so auch die Berliner Delegierte Katharina Thiede: „Ein 2. Staatsexamen ist nicht erstrebenswert.“ Zusammen mit Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit) brachte sie einen Antrag ein, der forderte, dass die Kenntnisprüfung zur Erteilung der Approbation umfassendes und für den medizinischen Alltag relevantes medizinisches Wissen abprüfen müsse und unter Aspekten der Patientensicherheit konzipiert sein solle. Der zweite Abschnitt der ärztlichen Prüfung nutze das für diese Zielsetzung wenig geeignete Prüfungsformat der Multiple-Choice-Fragen. „Man trainiert anzukreuzen. Diese Prüfung macht gerade in diesem Kontext keinen Sinn“, erklärte Thiede. Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen.

Diskutiert wurde auch darüber, ob sich eine angestrebte Kenntnisstandprüfung nur auf Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten beziehen soll. Einige Delegierte sahen auch große Unterschiede in der



Außerhalb der Erfurter Messehalle herrschte nur eitel Sonnenschein.

ärztlichen Ausbildung innerhalb der EU. Der Berliner Delegierte Peter Bobbert (Marburger Bund) kritisierte an der Vorlage des BÄK-Antrages den Begründungstext scharf, da dieser falsche Tatsachen enthalte und somit den sinnvollen Antrag beschädige. Das sah auch die Mehrheit der Delegierten so, so dass der Begründungstext komplett entfiel.

Der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt forderte den Gesetzgeber schließlich auf zu regeln, dass alle Ärzte aus Drittstaaten außerhalb der Europäischen Union einen Kenntnisstand nachweisen, über den auch Ärzte verfügen, die in Deutschland ihre Ausbildung absolviert haben. „Der Nachweis, dass entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten vorliegen, kann für einen sicheren Patientenschutz durch erfolgreiches Ablegen einer bundeseinheitlichen Prüfung analog dem 3. Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gewährleistet werden“, hieß es. Eine Berufserlaubnis dürfe erst erteilt werden, wenn die berufliche Qualifikation feststehe und die ausländischen Ärzte zudem über gute Fähigkeiten der sprachlichen Kommunikation auf dem Niveau C1 verfügten und diese auch nachgewiesen hätten. Außerdem forderte der Ärztetag die Bundesländer dazu auf, die Gutachtenstelle für

Gesundheitsberufe (GfG) auszubauen und mit der Annahme und Bescheidung von Anträgen auf Gleichwertigkeitsprüfung im Rahmen von Anerkennungsverfahren zu beauftragen.

GOÄ-Novelle läuft weiter

Lange stark umstritten ist die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ neu) inzwischen auf Schiene. Widerstände gab es in Erfurt keine mehr. Die Delegierten stimmten dafür, „die weit fortgeschrittenen Arbeiten zur Erarbeitung eines Entwurfs zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ neu) fortzuführen“. Aktuell geht es darum, den auf weit über 5.000 Positionen abgeschlossenen und konsentierten Entwurf der Leistungslegendierung einer „betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation“ zu unterziehen. Gleichzeitig lehnten die Delegierten eine Vereinheitlichung von GOÄ und Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) klar ab. Der Vorsitzende des Ausschusses für Gebührenordnung der Bundesärztekammer, BÄK-Vorstandsmitglied und Hartmannbund-Vorsitzender Klaus Reinhardt, erklärte, die im Koalitionsvertrag vereinbarte Begutachtung der ärztlichen Honorarordnungen durch eine Fachkom-



Hans-Detlef Dewitz: „Wir müssen bei der GOÄ langsam was bewegen.“

mission werde den Novellierungsprozess verlängern. Aber die GOÄ sei grundsätzlich unabhängig vom Ergebnis des Fachkommissionsgutachtens. „Es ist unerheblich, wann wir das abgeben. Erheblich ist vielmehr, dass wir das Produkt in allen Richtungen gegenlesen.“ Der Berliner Delegierte Christian Messer (Allianz Berliner Ärzte) sagte: „Wir haben einen sehr klugen Entschluss in Freiburg gefasst. Es wäre falsch, jetzt unsere Ergebnisse in eine Kommission als Tischvorlage einzuspeisen.“ Reinhardt betonte, er hoffe auf die Beteiligung von BÄK-Experten in der Wissenschaftlichen Kommission der Bundesregierung zur Erarbeitung von Vorschlägen für moderne Vergütungssysteme.

Hans-Detlef Dewitz drängte: „Wir müssen langsam mal was bewegen. Wir brauchen eine schlagkräftige Alternative.“ Klaus-Peter Spies (beide Allianz Berliner Ärzte) hatte zusammen mit anderen einen Antrag eingebracht, der erneut festlegte, dass eine GOÄ-Vorlage nur beim Bundesgesundheitsministerium eingereicht werden darf, wenn das duale Krankenversicherungssystem erhalten bleibt. Der Antrag wurde mehrheitlich angenommen. Und Ellis Huber (Fraktion Gesundheit) machte wie in den Vorjahren deutlich, dass er von einer neuen

GOÄ wenig halte und plädierte für Zeithonorare: „Die GOÄ versteht in der Bevölkerung niemand.“

Ausschließliche Fernbehandlung soll möglich werden

Mit Spannung war von der Öffentlichkeit und den Medien die Änderung der Musterberufsordnung (MBO-Ä) erwartet worden. Nachdem u.a. bereits in Baden-Württemberg Modellprojekte zur ausschließlichen Fernbehandlung laufen, ging es jetzt darum, die bundesweiten Grundlagen zu schaffen. Damit taten sich die Ärztinnen und Ärzte in Erfurt nicht unbedingt leicht. So fragte Josef Mischo, Vorsitzender der BÄK-Berufsordnungsgremien, provokant in den Saal mit den 250 Delegierten: „Dürfen wir als Ärztekammern unseren Kollegen verbieten, mit den heute zur Verfügung stehenden Kommunikationsmittel zu behandeln?!“ Er betonte, dass der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt auch weiterhin der „Goldstandard ärztlichen Handelns“ sein werde. Doch meldeten sich in der Diskussion viele kritische Stimmen zu Wort, die auch die möglichen Gefahren einer ausschließlichen Fernbehandlung benannten. Der Berliner Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) betonte: „Auch bei der Fern-

behandlung ist der Patient kein Kunde. Das Risiko des behandelnden Arztes wird größer. Der Arzt kann sich nicht darauf zurückziehen, das habe ich ja nicht richtig gesehen. Dessen muss man sich bewusst sein.“ Hans Detlef-Dewitz (Allianz Berliner Ärzte) verwies auf ungeklärte Fragen: „Wie wird die Identitätsprüfung am PC ablaufen? Wie soll die Vergütung erfolgen?“ Und Werner Wyrwich (Marburger Bund) lenkte den Blick auf die großen Konzerne wie „Google & Co.“, die auch auf den deutschen Gesundheitsmarkt drängen.

Doch trotz dieser Kritik wurde die Änderung der Muster-Berufsordnung mit großer Mehrheit beschlossen. Danach soll auch die ausschließliche Fernbehandlung im Einzelfall möglich werden. Allerdings müssen die Delegiertenversammlungen der Landesärztekammern zunächst noch ihre Berufsordnungen ändern. In weiteren Entscheidungen stellte der Ärztetag unter anderem die Notwendigkeit klar, Beratungen und Behandlungen aus der Ferne in die bestehenden Versorgungsstrukturen einzubinden. Die Delegierten sprachen sich gegen den Aufbau eines neuen eigenständigen Versorgungsbereichs einer telemedizinischen Primärversorgung aus, insbesondere in Form kommerziell betriebener Callcenter. Ferner forderte der Ärztetag, dass die Fernbehandlung im vertragsärztlichen Sektor nur durch Vertragsärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrags erfolgt. „Kapitalorientierte Gesellschaften dürfen im vertragsärztlichen Sektor nicht in Konkurrenz zu Vertragsärzten treten oder gar Betreibereigenschaften für medizinische Versorgungszentren erhalten“, heißt es in einem angenommenen Entschließungsantrag der Berliner Delegierten Klaus-Peter Spies, Hans-Detlef Dewitz, Christian Messer, Ralph Drochner und Roland Urban (alle Allianz Berliner Ärzte). Ausgeschlossen bleiben sollen die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bei einer ausschließlichen Fernbehandlung.

Ringens um Paragraf 219a StGB

Das sicherlich emotionalste Thema des diesjährigen Ärztetages war die Frage nach dem Umgang mit Paragraf 219a Strafgesetzbuch. Die Debatte wurde mit großer Ernsthaftigkeit geführt. Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hatte sich bereits im Februar als erste Landesärztekammer mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, die Straffreiheit von sachlicher Information zu Schwangerschaftsabbrüchen zu fordern. So plädierten auch einige Berliner Delegierte in Erfurt für diesen Weg. Carina Borzini erklärte: „Paragraf 219a dient dazu, Ärzte systematisch einzuschüchtern. Es muss Bedingungen geben, unter denen Ärztinnen und Ärzte angstfrei arbeiten zu können.“ Katharina Thiede (beide Fraktion Gesundheit) ergänzte: „Wir sind verpflichtet, suchenden Frauen Informationen zur Verfügung zu stellen.“ Gleichzeitig erteilte sie einem von Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery ins Spiel gebrachten zentralen Register eine Absage: „Das ist Wasser auf die Mühlen der sogenannten Lebensschützer.“ So stellten denn Matthias Albrecht (Marburger Bund), Julian Veelen und Katharina Thiede den Antrag, die vollständige Streichung von Paragraf 219a StGB zu fordern. Dieser Antrag fand aber keine Mehrheit. Stattdessen stimmte der Deutsche Ärztetag in Erfurt mehrheitlich für die Beibehaltung von Paragraf 219a StGB. Es soll vielmehr „eine Stärkung der neutralen Information, der individuellen Beratung und der Hilfeleistung für Frauen in Konfliktsituationen“ erreicht werden. Zudem soll – wie bereits von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gefordert – sachliche Information über Schwangerschaftsabbrüche nicht mit Strafe bedroht werden.

Jonitz: „Jeder Arzt ist Psychotherapeut“

Mit großer Mehrheit sprachen sich die Delegierten für eine Stärkung der Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker aus. In einer Entschließung forderte das Ärzteparlament den Gesetzge-



Kammerpräsident Günther Jonitz: „Jeder Arzt ist Psychotherapeut.“

ber sowie die Institutionen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen auf, sich stärker für die besonderen Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen einzusetzen. Um Stigmatisierung entgegenzuwirken, forderte der Deutsche Ärztetag von der Bundesregierung sowie den Landesregierungen, Gesetzesvorhaben zu stoppen, die eine gesonderte Speicherung der Daten psychisch Kranker zum Inhalt haben.

Zuvor wurde in Erfurt in drei Referaten die Versorgungssituation insbesondere erwachsener Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend aus psychosomatischer, hausärztlicher und psychiatrischer Perspektive dargestellt. Die Referate stießen auf große Resonanz bei den Delegierten. So ging Dr. Iris Hauth, Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Alexianer St. Joseph Krankenhauses Berlin-Weißensee, auf die Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen sowie auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in sektorenübergreifenden, integrativen Versorgungsmodellen ein.

Der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) schwor die Delegierten auf die Bedeutung der Psychosomatik ein: „Jeder Arzt ist Psychotherapeut

– ob er will oder nicht, ob er es kann oder nicht.“ Man brauche eine Wiederentdeckung primärer ärztlicher Tugenden auf systematischer Basis, die Beziehungsebene zwischen Arzt und Patient sei zentral. „Wir müssen das Bewusstsein für die Psychosomatik zurückholen. Und wir müssen verlorenes Terrain zurückholen“, forderte Jonitz.

Darüber hinaus lehnte der Deutsche Ärztetag die geplante Novellierung des Psychotherapeutengesetzes in der derzeit bekannten Form ab und forderte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) auf, den im Sommer 2017 vorgelegten Arbeitsentwurf zurückzunehmen. Der Gesetzentwurf bedrohe das ärztliche Berufsbild und die ganzheitliche Versorgung der Patienten, kritisierten die Delegierten. Mit der Reform könnten voneinander getrennte Versorgungsbereiche entstehen und die psychotherapeutische Versorgung aus der medizinisch-ärztlichen Versorgung ausgegliedert werden. Die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen in Deutschland werde durch Ärzte, Psychologen, Pädagogen bzw. Sozialpädagogen mit einer entsprechenden Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sichergestellt. Das

BMG strebe offensichtlich eine Analogie der Aus- und Weiterbildung des nicht-ärztlichen Psychotherapeuten zum Medizinstudium an.

Diese deutliche Ablehnung der geplanten Novellierung stieß beim Berliner Delegierten Christian Messer (Allianz Berliner Ärzte) auf große Freude: „Der heutige Tag ist ein guter Tag für die gesamte Ärzteschaft. Jeder Arzt behandelt Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Teilen von psychischen Erkrankungen. Diese Einheit müssen wir im Bewusstsein halten.“

Außerdem stimmten die Delegierten für einen Entschließungsantrag (u.a. von Peter Bobbert, Marburger Bund), der den Gesetzgeber auffordert, die Grundlage für eine „Arbeitsminderung“ (vorübergehende Minderung der Arbeitsfähigkeit) von Patienten zu schaffen. Bei psychischen Störungen, insbesondere bei Depressionen, verstärke eine Krankenschreibung häufig die Symptomatik. Dem könne mit einer Arbeitsminderung begegnet werden.

Physician Assistant bleibt umstritten

Der 120. Deutsche Ärztetag 2017 hatte sich mehrheitlich für ein Konsenspapier von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) namens „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im Gesundheitswesen“ ausgesprochen. Das neue Berufsfeld blieb aber insbesondere in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin nicht ohne Kritik (s. auch Titelthema „Studieren, um zu assistieren?“ in BERLINER ÄRZTE 4/2018). Daher verwundert es nicht, dass es in Erfurt zwei Anträge von Berliner Delegierten (Ralph Drochner, Klaus-Peter Spies, Hans-Detlef Dewitz [Allianz Berliner Ärzte] sowie von Katharina Thiede, Julian Veelken [beide Fraktion Gesundheit], Thomas Werner, Klaus Thierse [beide Marburger Bund]) gab, die die Abschaffung des Physician Assistant forderten. Beide Anträge wurden allerdings mehrheitlich abgelehnt. Ein Antrag, der die Modifizierung des Berufsbildes forderte, wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Angenommen wurde hingegen ein Antrag (u.a. von Peter Bobbert [Mar-

burger Bund]), der die Anbieter des Studiengangs Physician Assistant auffordert, den Zugang zum Studium nur aufbauend auf einer vorherigen abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf zuzulassen und nicht als grundständiges Studium anzubieten. Nur der im Konsenspapier von BÄK und KBV dargestellte anerkannte Bachelorabschluss im Anschluss an eine erfolgreiche dreijährige Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf werde von der Ärzteschaft als Delegationsberuf akzeptiert.

Dauerthema Ambulante Notfallversorgung

Für Diskussionen sorgte auf dem Deutschen Ärztetag auch die ambulante Notfallversorgung. Die Delegierten plädierten mehrheitlich für ein integriertes Konzept zur strukturierten Inanspruchnahme der Notfallversorgung. „Dies muss gesamthaft in echter Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor erfolgen und ist daher sektorenübergreifend extrabudgetär einheitlich zu finanzieren. Dabei sind ambulante Strukturen der Notfallversorgung direkt der stationären Notfallambulanz an auszuwählenden geeigneten Krankenhäusern vorzuschalten“, hieß es. Einen kritischen Blick auf die entstehenden Portalpraxen warf Hans-Detlef Dewitz (Allianz Berliner Ärzte): „Die ambulante Versorgung gehört in die Praxis und nirgend woanders hin. Wir brauchen keine Doppelstrukturen. Überall Portalpraxen zu betreiben, die nicht in Anspruch genommen werden, bringt nichts.“

Schwerer Stand für humanitäre Anträge

Einen schweren Stand hatten wie schon in der Vergangenheit die Anträge von Berliner Delegierten zu humanitären Themen, die über rein medizinische Aspekte hinausgingen. So wollte sich die Mehrheit des Ärzteparlaments nicht mit einem Antrag von Julian Veelken und Katharina Thiede (beide Fraktion Gesundheit) befassen, der die Bundesregierung



Peter Bobbert sprach sich für die Einführung einer „Arbeitsminderung“ aus.

und die Bundesländer u.a. dazu aufforderte, Geflüchtete im Asylverfahren erst dann anzuhören, wenn sie die Möglichkeit hatten, psychiatrisch-psychotherapeutische und rechtliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Mit einem Antrag von Veelken und Thiede, der die Abschiebung von abgelehnten Asylbewerbern in Kriegs- und Bürgerkriegsgebiete wegen gesundheitlicher Gefahren kritisierte, wollten sich die Delegierten mehrheitlich ebenfalls nicht befassen.

Unterstützung für Alt Rehse abgelehnt

Mit äußerst knapper Mehrheit wurde ein Antrag u.a. von Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) abgelehnt, der „die Institutionen der deutschen Ärzteschaft“ darum bat, das Projekt „Lern- und GeDenkOrt Alt Rehse“ in Mecklenburg-Vorpommern finanziell zu unterstützen. „Hierdurch kommen sie ihrer historischen und politischen Verantwortung für die Rolle der deutschen Ärzteschaft im Dritten Reich nach und setzen ein klares Zeichen gegen das Vergessen, für eine konsequente Aufarbeitung der Geschichte und sie befördern die Gestaltung unserer Zukunft“, hieß es in dem Antrag. Nach der Ablehnung beeilte sich Bundesärztekammerpräsident Montgomery zu bitten, die Ablehnung nicht falsch zu interpretieren. Gründe seien die weite Entfernung und das Konzept der Gedenkstätte am Ort der ehemaligen „Führerschule der deutschen Ärzteschaft“ (1935 - 1941) (s. auch Statement von Günther Jonitz auf S. 21).

Interessenwahrnehmungen freiwillig offenlegen

Mehr Transparenz wagen: In Zukunft wollen auch die Delegierten des Deutschen Ärztetags freiwillig ihre berufspolitischen Interessenwahrnehmungen auf der Internetseite der BÄK offenlegen. Die BÄK-Vorstandsmitglieder tun dies bereits. Dabei werden neben dem Namen, der Landesärztekammer, dem Tätigkeitsbereich, dem Fachgebiet und den Funktionen in LÄK und BÄK auch die



Katharina Thiede: „Wir sind verpflichtet, suchenden Frauen Informationen zur Verfügung zu stellen.“

Mitgliedschaften in Organisationen offengelegt, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem jeweiligen Amt stehen. „Die berufsrechtlichen Grenzen unternehmerischer Betätigung beziehungsweise Beteiligung an Unternehmen als Arzt sind zu beachten“, hieß es in dem Beschluss. Zuvor hatten die Delegierten einerseits darüber diskutiert, ob von Interessenskonflikten oder Interessenwahrnehmungen die Rede sein soll, andererseits ob die Veröffentlichung freiwillig erfolgen soll. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) mahnte größtmögliche Transparenz an: „Wir müssen insbesondere finanzielle Verflechtungen offen legen. Wir haben hier als Souverän eine Vorbildfunktion.“

Neue Muster-Weiterbildungsordnung nach sechs Jahren beschlossen

Nach rund sechs Jahren Vorbereitung verabschiedete der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt die Gesamtnovelle der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO). Ziel der Novelle ist eine kompetenzbasierte Weiterbildung zur Verbesserung der Weiterbildungsqualität, wie Franz Bartmann, Vorsitzender der BÄK-Weiterbildungsgremien den Delegierten erklär-

te. „Die Kernfrage lautet nicht mehr, wie oft und in welcher Zeit wurden Inhalte erbracht, sondern wie und in welcher Form werden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben“, sagte Bartmann.

Zur Abstimmung standen die Präambel, die Ziel und Zweck der ärztlichen Weiterbildung definiert, der Paragrafenteil mit den rechtlichen Vorgaben der Weiterbildung und die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung, also die übergreifenden Kompetenzen, die jeder Arzt erwerben muss. Der Ärztetag stimmte darüber hinaus über den sogenannten Kopfteil der Zusatz-Weiterbildungen der MWBO ab. Die Delegierten entschieden u.a., welche Zusatz-Bezeichnungen zukünftig Teil der ärztlichen Weiterbildung werden. Außerdem wurden die Voraussetzungen und Mindestzeiten für deren Erwerb festgelegt.

Nicht entschieden hat der Ärztetag hingegen über die Inhalte der Zusatz-Weiterbildungen. Diese soll der BÄK-Vorstand auf der Grundlage dessen beschließen, was die Weiterbildungsgremien der BÄK in enger Abstimmung mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie den Landesärztekammern

erarbeiten. Mit den Weiterbildungsinhalten der Fachgebiete war der Ärztetag im vergangenen Jahr ebenso verfahren.

Der Verabschiedung der Novelle vorausgegangen war am letzten Tag des Deutschen Ärztetages eine über sechsstündige Debatte, die sich vor allem um viele Detailfragen zu über 80 Zusatz-Weiterbildungen, die auch Neu- und Änderungsvorschläge umfassten, drehte. So sprachen sich die Delegierten zum Beispiel entgegen dem Vorschlag der Bundesärztekammer dafür aus, die Phlebologie als Zusatz-Weiterbildung beizubehalten und die Sexualmedizin neu einzuführen. Für Letztere war Berlins Kammerpräsident Jonitz (Marburger Bund) eingetreten: „Ich bitte Sie, dieser Zusatzweiterbildung zuzustimmen. Sie hat eine große gesellschaftliche Relevanz, da braucht es die entsprechende Qualifikation“, rief er den Delegierten zu.

Eine von Klaus Thierse (Marburger Bund) geforderte Öffnung der Zusatzweiterbildung Geriatrie für alle Fächer der unmittelbaren Patientenversorgung, wie es die Regularien bisher ermöglichen, fand hingegen keine Mehrheit.

Die Einführung eines elektronischen Logbuchs (eLogbuch) wurde dem Antrag des BÄK-Vorstands folgend von den Delegierten begrüßt.

Verabschiedet wurde ein Entschließungsantrag von Daniel Johannes Peukert (Hartmannbund), in dem die Landesärztekammern aufgefordert werden, einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, um das eLogbuch flächendeckend einzuführen. „Eine verpflichtende elektronische Evaluation der Weiterbildung durch den Weiterbildungsassistenten muss Bestandteil des eLogbuchs sein“, hieß es weiter.

Nach Berliner Vorbild wurde die Zusatzweiterbildung Akut- und Notfallmedizin übernommen (in Berlin: Klinische Notfall- und Akutmedizin). Ein Antrag, der dies stoppen wollte, wurde abgelehnt.

„Zusatz-Weiterbildungen, die mit Verabschiedung der Novellierung noch keine Aufnahme in den Abschnitt C der MWBO gefunden haben, sollen inhaltlich weiter diskutiert und entwickelt sowie im Rahmen der Deutschen Ärztetage 2019 bzw. 2020 beschieden werden“, beschlossen die Delegierten darüber hinaus. (Antrag u.a. von Peter Bobbert [Marburger Bund]).

Fazit

Wie eingangs erwähnt hatten sich die 250 Delegierten in Erfurt mit überaus komplexen – nur in Teilen hier

genannten – Themen zu befassen. Bei Vielem taten sie sich nicht leicht, es wurde gerungen, Kompromisse gefunden, die naturgemäß nicht allen gefielen. Demokratische Prozesse sind meist nicht einfach, erfordern einen langen Atem und sind hin und wieder schmerzhaft. Die Berliner Delegierten brachten sich vielfältig ein, teilweise mit ganz eigenen Akzenten, die nicht immer Mehrheiten fanden. Aber auch das gehört dazu.

Erforderlich erscheint allerdings mehr denn je eine grundlegende Reform des Ablaufs des Deutschen Ärztetages. Über mehr als hundert Anträge zu höchst unterschiedlichen Themen am späten Freitagnachmittag im Schnelldurchlauf abzustimmen, dabei teils Widersprüchlichkeiten zu erzeugen, ist für die Delegierten unbefriedigend, tut der Sache nicht gut und ist ein schlechtes Signal nach außen.

Sascha Rudat

srd

Das Beschlussprotokoll des 121. Deutschen Ärztetages finden Sie hier:

<http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/121-deutscher-aerztetag-2018/beschlussprotokoll/>



Der 121. Deutsche Ärztetag aus der Vogelperspektive.

Spannende Diskussion zwischen „Silberrücken“ und „Generation Spaß“

Selbstbewusst, aber auch durchaus selbstkritisch diskutierten Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner im Vorfeld des 121. Deutschen Ärztetages mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten. Eingeladen hatte die Bundesärztekammer, die mit diesem Veranstaltungsformat einen Nerv getroffen hatte. Der Panorama-Saal des Erfurter Congresscenters war an diesem Nachmittag bis auf den letzten Platz gefüllt.



Der Eindruck täuscht: Die Berliner Katharina Thiede legte die Hände nicht in den Schoß, als „Silberrücken“ Jakob R. Izbicki seine provokanten Thesen streute.

Nach einer kurzen Einführung durch Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery und der Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, Ellen Lundershausen, ging es recht schnell zur Sache. In den Ring bzw. aufs Podium gestiegen waren die Berliner Katharina Thiede, Listensprecherin der Fraktion Gesundheit in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin und aktuell in der Weiterbildung Allgemeinmedizin, und Jakob R. Izbicki, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Thiede berichtete, dass sie eigentlich Viszeralchirurgie machen wollte, aber mit den Arbeitsbedingungen in der Klinik nicht zufrieden war („Ich war nicht bereit, in meiner Freizeit das Einkommen von Klinikleitung und Chef zu mehren.“). Ihre jetzige ambulante Tätigkeit sei besser mit dem Familienleben zu vereinbaren, aber es sei schwierig, eine gute Weiterbildung zu erhalten. Mit Blick in die Zukunft sagte sie, dass sich einige Dinge im Gesundheitswesen grundlegend ändern müssten. „Es bleibt zu wenig Zeit für sprechende Medizin.“

Izbicki gefiel sich von Anfang an in der Rolle des harten Brockens – mit durchaus selbstironischen Anklängen, wenn er etwa von sich selbst wahlweise als „Silberrückengorilla“ oder „Dinosaurier“ sprach. Bei Sätzen wie „Man kann ein guter Arzt oder ein guter Vater sein“, „In jeder Abteilung gibt es Renn- und Arbeitspferde“ oder „Operieren kann jeder Schimpanse“ stockte nicht nur dem jüngeren Publikum der Atem. Doch Katharina Thiede ließ sich durch diese offensichtlichen Provokationen nicht aus der Ruhe bringen. Sie entgegnete Izbicki, der seine Probleme mit der jüngeren Generation Ärztinnen und Ärzte unumwunden zugab, dass es junge Ärzte leid seien, als „Spaß-Ärzte“ bezeichnet zu werden: „Wir interessieren uns nicht nur für uns und für unsere Work-Life-Balance, sondern vor allem für eine gute Patientenversorgung.“

Bei ihrer Analyse der problematischen Arbeitsbedingungen und der Folgen für die Patienten waren der abgeklärte Chefarzt und die junge Ärztin dann auch gar nicht so weit auseinander. Als Lösungs-

ansätze sah Izbicki die komplette Entlastung von arztfremden Aufgaben, die Superspezialisierung für Ärztinnen und Ärzte, die familienfreundliche Arbeitsbedingung wollen, sowie die Schaffung von großen Klinikzentren. „Wenn ich dann dort arbeite, muss ich wissen, was mich erwartet.“ Ein toller Chirurg müsse Opfer bringen oder eine Familie haben, die da mitmache, erklärte er. Dieser Art von Selbstaubeutung erteilte Thiede eine Absage: „So wird das nicht funktionieren.“ Vielmehr sei es heutzutage so, dass meist beide Partner arbeiten gehen müssten.

Über das Thema Berufszufriedenheit sprachen an diesem Nachmittag noch zwei weitere Nachwuchsärzte. Florian Vollrath, Arzt in chirurgischer Weiterbildung am Helios Park-Klinikum Leipzig, berichtete von der Initiative der Arbeitsgemeinschaft „Zukunft in der Chirurgie“ bei dem Konzern. Und die Berliner Leonor Heinz, Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Berlin und Sprecherin des Forums Weiterbildung im Deutschen Hausärzterverband. Heinz ließ in ihrer provokanten Rede ebenfalls kein gutes Haar am aktuellen Gesundheitswesen, das vor allem von Gewinnmaximierung getrieben sei. Sie mahnte an, die Kurve zur Zukunftsfähigkeit zu bekommen (s. auch ihren Gastkommentar in BERLINER ÄRZTE 6/2018). „Der Schlüssel der Berufszufriedenheit liegt in der Identifikation mit unserer guten Arbeit“, betonte Heinz unter Beifall.

Dass es vor allem die schwierigen Arbeitsbedingungen und der hohe ökonomische Druck in den Kliniken sind, die die junge Ärztesgeneration umtreiben, machten die zahlreichen Redebeiträge aus dem Publikum deutlich. Der Diskussionsbedarf ist also vorhanden – in Erfurt mit starker Berliner Beteiligung.

srd

Stimmen der Berliner Delegierten zum 121. Deutschen Ärztetag



Günther Jonitz

Dr. med. Günther Jonitz

Präsident der Ärztekammer Berlin
(Marburger Bund)

„Der vergangene Ärztetag war wegweisend – in jeder Hinsicht. Positiv: Das Parlament der deutschen Ärzteschaft hat einstimmig die neue Weiterbildungsordnung beschlossen, wohl wissend, dass nicht alles mit der nötigen Sorgfalt vorbereitet werden konnte und wichtige Inhalte wie die Zusatzweiterbildung Sexualmedizin oder die strukturierte Weiterbildung in Seminarform für die Sozialmedizin erst in zweiter Lesung beschlossen wurden. Das große Thema „wie findet Weiterbildung de facto statt“ und „an welchen Parametern soll sie sich orientieren?“ muss dringend angegangen werden. Positiv ist der Beschluss zur Aufhebung des Fernbehandlungsverbotes in der Berufsordnung. Hier war eine Trendwende bereits 2017 erkennbar. Die Praxis in ärztlicher Verantwortung wird zeigen, wie diese künftige, neue Ebene der Arzt-Patientenbeziehung funktioniert. Negativ:

Knapp 100 Anträge zu wichtigen Themen der Gesundheits- und Standespolitik wurden ohne jede Aussprache oder gar mündliche Begründung im Hau-Ruck-Verfahren am Freitagnachmittag durchgestimmt. So scheiterte die Bitte (!!) um Förderung des GeDenkOrtes Alt Rehse – die ehemalige Führerschule der Ärzteschaft – am Widerstand einer nicht ausreichend informierten, knappen Mehrheit. Auch anderen Themen wurde man nicht gerecht. Parlamentarische Meinungsbildung sieht definitiv anders aus. Warum gibt es nicht einen dreitägigen Ärztetag mit politischem Zeremoniell und politischen Inhalten im Mai und einen Arbeitsärztetag mit weniger Aufwand im Herbst am Sitz der Bundesärztekammer?

Der amtierende Präsident der Bundesärztekammer hatte vor dem Ärztetag in den Medien verkündet, dass er für eine weitere Amtszeit nicht mehr zur Verfügung stünde. 2019 wird also ein neuer Präsident bzw. eine Präsidentin der Bundesärztekammer gewählt. Er oder sie wird ausreichend Gelegenheit haben, um die demokratische Meinungsbildung, die Zusammenarbeit und vor allem die politische Schlagkraft der in der Defensive stehenden Ärzteschaft zu stärken.

Unsere Berliner Delegierten waren fleißig und erfolgreich. Herzlichen Dank! Wir haben uns viele Jahre in inhaltlicher Zusammenarbeit geübt und bringen uns ein, notfalls (s. GOÄ-Novelle) auch gegen Widerstand. Die Zusatzweiterbildung zur Notfall- und Akutmedizin wurde vom Ärztetag übernommen. Warum es dort Akut- und Notfallmedizin heißt, darüber darf spekuliert werden. An der Semantik werden ärztliche Inhalte nicht scheitern.“



Regine Held

Dr. med. Regine Held

Vizepräsidentin der Ärztekammer
Berlin (Allianz Berliner Ärzte)

„Bereits vor Beginn des 121. DÄT hat uns das Thema Aufhebung des Fernbehandlungsgebots in den Medien intensiv begleitet. Im Vorfeld gab es durchaus kontroverse Diskussionen. Das Hauptargument für eine Zustimmung bestand darin, die Zukunft selbst mit zu gestalten. Nun muss jede Landesärztekammer ihre Berufsordnung anpassen und Rahmenbedingungen schaffen. Was immer man dabei einkalkulieren wird, bin ich mir sicher, dass wir eine neue Zeit eingeläutet haben. Und wir werden großen Konzernen Tür und Tor geöffnet haben. Die Medizin wird nicht besser werden. Es wird der Patient, der schon jetzt immer wieder mit Befindlichkeitsstörungen in die Praxis kommt, nun immer wieder online einen anderen Arzt befragen. In der Sprechstunde wird man dann länger als bisher zu tun haben, die verschiedenen Aussagen zu entkräften

und die richtige Diagnose zu stellen. Die Niedergelassenen haben aus meiner Sicht eher keine Zeit für Videosprechstunde. Vielleicht legt aber der Gesundheitsminister noch fest, dass die geforderten 5 Stunden zusätzliche Sprechzeit auch per Video möglich sind. Hilfreich erscheint mir das Telefonat mit Bild beim Anruf der KV-Nummer 116 117.

Für die GOÄ wurde beschlossen, sie weiter zu entwickeln und sie nicht für eine gemischte Honorarordnung herzugeben. Wie man das verhindern will, erscheint mir persönlich schwer vorstellbar. Besser wäre der Beschluss gewesen, eine GOÄ ohne Paragrafenteil und Datenstelle mit den vorhandenen ausgearbeiteten Positionen mit Geldbeträgen zu hinterlegen und eine Steigerung zuzulassen. Mit der so eingereichten „Ärzte-GOÄ“ hätte der Minister übergangsweise die Ärzte auf seine Seite geholt. Nach meiner politischen Erfahrung wird die Kommission niemals 2019 ein konzertiertes Ergebnis vorlegen (Nur mal zum Vergleich: Die Novellierung unseres Berliner Heilberufekammergesetzes startete 2008. Verabschiedet ist es immer noch nicht.)

Unser Versuch, den Physician Assistant wieder rückgängig zu machen, ist leider gescheitert. Zwar wurde beschlossen, die eigentlichen ärztlichen Aufgaben nicht abzugeben, aber von Krankenhaus zu Krankenhaus werden sich da in den nächsten Jahren verschiedene Vorstellungen und Praktiken entwickeln. Die Gefahr besteht, dass die Ausbildung der Weiterbildungsassistenten leidet. Und: es ist nicht mehr Arzt drin, wo Arzt draufsteht. Hinsichtlich des zunehmenden Mangels an MFA im niedergelassenen Bereich wurde unser Antrag auf Unterstützung von ausbildenden Ärzten über KV oder Krankenkassen an den Vorstand überwiesen. Immerhin wurde der Antrag nicht mit Nichtbefassung bestraft!

Im Namen von Frau Prof. Braun haben wir Anträge eingebracht, in die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner zwingend für jeweils ein halbes Jahr die

Chirurgie und die Pädiatrie einzubeziehen. Es ist schon sehr erstaunlich, wie die Ärzteschaft mit großer Mehrheit dagegen sein kann.

Übermäßig erfrischend war der Dialog mit jungen Ärzten einen Tag vor Eröffnung des DÄT. Nachdem ich die Schlangel von jungen diskussionswilligen Kollegen am Mikrofon gesehen habe, die dann durchaus interessante Aspekte zur Sprache brachten, wird mir um die politische Zukunft doch nicht bang.“



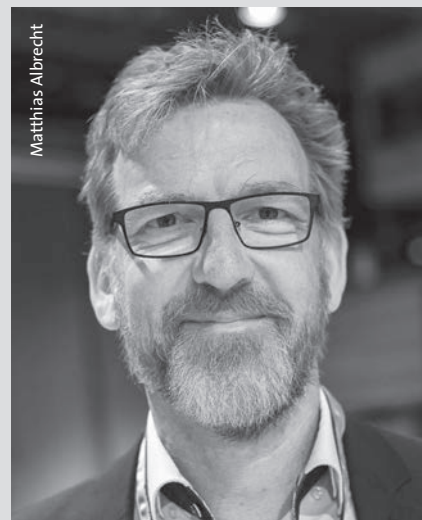
Peter Bobbert

PD Dr. med. Peter Bobbert

(Marburger Bund)

„Natürlich waren die Beschlüsse zum Thema Telemedizin und Musterweiterbildungsordnung auf diesem DÄT in Erfurt wegweisend, auch wenn aus der Diskussion heraus sehr schnell klar wurde, dass gerade im Bereich der Telemedizin weitere Herausforderungen in naher Zukunft auf die Ärzteschaft warten. Es ist und wird die Aufgabe der Ärzteschaft sein, die zukünftigen Themenfelder wie Telemedizin und Digitalisierung proaktiv zu gestalten, um ihre Chancen zu nutzen und mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden. Beeindruckend empfand ich aber zudem die kontrovers und teils hoch emotional geführte Diskussion über die Problematik der Anerkennung der Approbation von Kolleginnen und Kollegen aus den so genannten Drittstaaten

außerhalb der EU. Glücklicherweise konnte durch eine lange, auf zwei Tage verteilte Diskussion und Aussprache ein initial vom Bundesärztekammervorstand eingebrachter Antrag maßgeblich umgestaltet werden, um letztendlich einen vernünftigen Weg vorzuschlagen, wie diese Kolleginnen und Kollegen fundiert, adäquat und mit hoher Qualität transparent die Approbation in Deutschland erlangen können.“



Matthias Albrecht

Dr. med. Matthias Albrecht

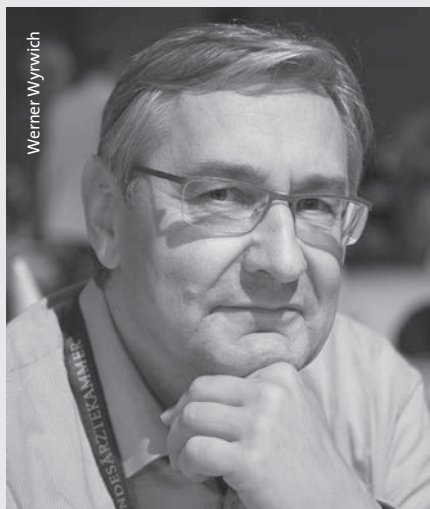
(Marburger Bund)

„Der diesjährige Ärztetag war randvoll mit wichtigen Themen angefüllt und es wurde erfreulich differenziert diskutiert. Die Berliner Delegierten haben sich zu den verschiedensten Fragestellungen engagiert eingebracht. Das wichtige Thema Weiterbildung hat viel Raum eingenommen. Die Entscheidungen zur Telemedizin gehen in die richtige Richtung und waren zum Teil schon lange überfällig. Etwas mehr Mut zur Veränderung hätte ich mir bei dem Thema „unzulässige Werbung für Schwangerschaftsabbrüche“ (§ 219a StGB) gewünscht. Es herrschte zwar Einigkeit, dass der besagte Paragraph die ärztliche Arbeit behindert – aber die Abschaffung des Paragraphen zu fordern, wurde dann doch nicht beschlossen. Erfreulicherweise wurde

das Thema „Klimawandel und die gesundheitlichen Folgen“ andiskutiert und wird möglicherweise Schwerpunkt eines der nächsten Ärztetage. Insgesamt war der diesjährige Ärztetag aus meiner Sicht sehr produktiv.“

Anträge zur Weiterbildungsordnung, darunter die Entscheidung, die in Berlin bereits bestehende Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ in die bundesweit geltende MWBO aufzunehmen.“

gung psychisch kranker Menschen referierte und hierbei auch deutlich machte, dass die Arbeit der niedergelassenen Nervenärzte und Psychiater unverzichtbar und von wesentlicher Bedeutung in der Versorgungslandschaft ist.“

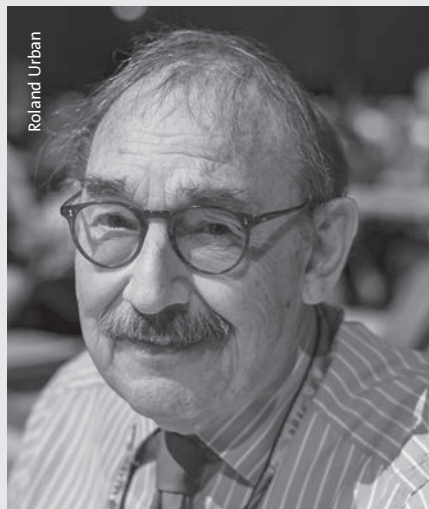


Werner Wywirth

Dr. med. Werner Wywirth

(Marburger Bund)

„Dieser Ärztetag war von denen, bei denen ich bis dato teilnehmen konnte, in mehrerlei Hinsicht ein äußerst bemerkenswerter. Nicht nur, weil der neue Gesundheitsminister seine Vorstellungen zur weiteren Entwicklung des Gesundheitssystems direkt gegenüber der Ärzteschaft kundgetan hat, sondern weil wir uns als Ärztinnen und Ärzte in zentralen Fragestellungen nach tiefer und – wie ich finde – trotz bestehender unterschiedlicher Sichtweisen auf einzelne Aspekte inhaltlich sehr sachlich geführter Diskussion stets im Sinne der Allgemeinheit positioniert haben. Zu diesen Themenfeldern gehörten für mich die Fragen zur Gestaltung der Organspende, zum Schwangerschaftsabbruch und der damit verbundenen Diskussion um die Bewertung von Informationen als „Werbung“ sowie deren Strafbarkeit. Und auch die grundsätzliche Entscheidung zur Änderung der Berufsordnung beim sog. Fernbehandlungsverbot war eine richtungsweisende. Für mich besonders spannend waren dann auch noch zahlreiche



Roland Urban

Dr. med. Roland Urban

(Allianz Berliner Ärzte)

„Vieles war auf dem 121. Deutschen Ärztetag so wie immer – das Präsidium oben im kobaltblauen Olymp über den Delegierten, wie immer eine Fülle von unterschiedlichen, sich teilweise widersprechenden Anträgen und viele Redebeiträge. Wie in jedem Jahr gab es Delegierte, die zu jedem Thema etwas zu sagen hatten und wie in jedem Jahr Delegierte, die glaubten, erklären zu müssen, warum die Welt so ist wie sie ist und wie sie eigentlich sein sollte. Das Präsidium hatte wieder alles im Griff und bezeichnete die Delegierten einmal als den „Souverän“, um an anderer Stelle über geschäftsordnungsmäßige Feinheiten mit dezenter Herablassung aufzuklären. Es gab in diesem Jahr jedoch auch wieder eine ganze Reihe wichtiger Themen (z.B. Weiterbildungsordnung, § 219a StGB, Fernbehandlungsverbot), über die an anderer Stelle bereits berichtet wurde. Besonders erwähnenswert jedoch war der herausragende Vortrag von Frau Dr. Hauth (Psychiatrische Klinik Berlin-Weissensee), die in hervorragender Weise zur Situation in der Versor-



Bettina Linder

Bettina Linder

(Hausärzte in Berlin)

„Hunderte von Anträgen zu allen erdenklichen Themen und endlose Rednerlisten mit immer den gleichen Namen und einem durchschnittlichen Verhältnis von 15 Rednern zu 2 Rednerinnen. Da wundert es nicht, dass nach der vorgezogenen, hochemotionalen Debatte um den § 219a die Anträge auf Streichung abgelehnt wurden. Ein Antrag zur Straffreiheit von Kollegen bei sachlicher Information über den Eingriff kam immerhin durch. Hauptthema mit drei spannenden Vorträgen war die psychosomatische Versorgung durch Ärzte. Es wurde wieder überdeutlich, dass Körper und Seele bei der Behandlung von Menschen nicht voneinander zu trennen sind. Dementsprechend wurde auch die Gesetzesvorlage zum Direktstudium zum Psychotherapeuten mit großer Mehrheit in Frage gestellt. Die größte öffentliche Aufmerksamkeit fand die vorsichtige Lockerung des sog. Fernbehandlungsverbots. In Einzelfällen soll nun die Behandlung von Patienten ohne persönlichen Kontakt möglich

sein. Allerdings zunächst noch, ohne Rezepte oder Krankschreibungen ausstellen zu können. Voller Stolz verlas der Präsident eine Gratulations-SMS von Gesundheitsminister Spahn, die er unmittelbar nach der Abstimmung erhalten hatte. Der hatte wohl die ökonomischen Folgen dieser Entscheidung schon sehr genau im Blick.“

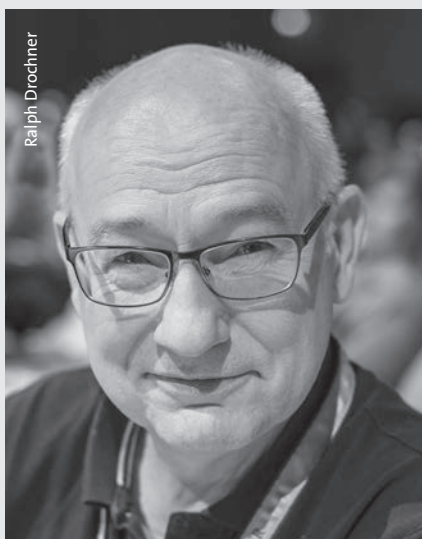


Dr. med. Christian Messer

(Allianz Berliner Ärzte)

„Der 121. DÄT in Erfurt war in mehrfacher Hinsicht ein großer Erfolg. Die Fernbehandlung konnte in vernünftige Bahnen geleitet werden, ohne dass die Ärzteschaft das Geschäft an Google & Co. verliert und es auch in Zukunft kontrolliert. Die GOÄ wird weiterentwickelt ohne Ausverkauf an eine Kommission, die sie im Dienste des Lauterbachschen Profilierungsprojekts „Einheitsversicherung“ gerne funktionalisieren würde. Notfallversorgung und anderes wäre zu erwähnen, bei dem die Ärzteschaft gute Entscheidungen getroffen hat. Am meisten trifft dies sicher für die weitest gehende Weichenstellung im deutschen Gesundheitssystem zu: der psychologischerseits betriebenen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, das das Bild der Profession Arzt grundlegend verändern würde: Die Zuständigkeit für alles Psychische und Psychosomatische würde mittelfristig wegbrechen. Der DÄT hat

dazu einstimmige Beschlüsse gefasst, in denen das BMG aufgefordert wird, den vorliegenden Arbeitsentwurf zurückzuziehen und die Novellierung in dieser Form nicht weiterzuerfolgen. Unser Präsident Günther Jonitz und die Ärztekammer Berlin waren hier bereit, Vorkämpfer zu sein. Gelohnt hat es sich! Auch dass die Verbände auf Bundesebene hier im Vorfeld gut zusammengearbeitet haben: die Allianz Deutscher Ärzteverbände mit MEDI, SpiFa, BDI, NAV-Virchowbund und Hartmannbund. Aber auch der Hausarztverband, namentlich Aysel Linder und Wolfgang Kreischer, haben hier ihre Verdienste. Nicht zuletzt der Marburger Bund hat sich hier an der Seite der Allianz positioniert. So sehe ich für die Ärzteschaft eine Perspektive.“



Ralph Drochner

(Allianz Berliner Ärzte)

„Der 121. DÄT begann mit neuem Auftakt: dem gemeinsamen Sprechen des modernisierten ärztlichen Gelöbnisses. Über die bahnbrechenden Neuerungen (ausschließliche Fernbehandlung, neue Muster-Weiterbildungsordnung) wurde hinreichend berichtet. Man kann nur hoffen, dass die Weiterbildungsordnung bald auf Länderebene umgesetzt wird. Zum zentralen Thema Versorgung psychisch Kranker wurden zahlreiche Beschlüsse gefasst, die die enorme Bedeutung, aber auch die noch beste-

henden Versorgungsdefizite in diesem Bereich unterstrichen. Merkwürdig war nur, dass dazu ausschließlich Referenten aus stationären Einrichtungen Vorträge hielten. Der weit überwiegende Anteil dieser Patienten wird im ambulanten Bereich versorgt. Die von Drs. Spieß, Messer, Dewitz, Urban und mir (Fraktion „Allianz“) eingebrachten Anträge zur finanziellen Unterstützung der MFA-Ausbildung, Teilnahme am Aktionsplan Novellierung der Gesundheitsfachberufe sowie Marktzugangsregeln u. Qualitätskriterien für Gesundheits-Apps wurden an den Vorstand überwiesen. Angenommen wurde der Antrag zur Kennzeichnungspflicht für Konsumprodukte. Überraschend die Ablehnung unseres Antrages Abschaffung des Physician Assistant, der übrigens auch von der Fraktion Gesundheit eingebracht wurde. Insgesamt war der DÄT erfolgreich, wobei eine Verschlankung auf 3 Tage am Wochenanfang familienfreundlicher und ressourcensparender wäre. Ungeklärt blieb die Nachfolge von Montgomery. Die neue GOÄ rückte in weite Ferne.“



Dorothea Spring

(Marburger Bund)

„Der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt stand ganz im Zeichen der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung. Um einzelne Zusatzbezeichnungen wurde leidenschaftlich debattiert.“

Ich finde es gut, dass sich der Ärztetag für eine Reform der Zulassung zum Studium und für eine Erhöhung der Studienplätze ausgesprochen hat. Das sorgt in Kombination für mehr Qualität und Quantität. Die Aufwandsentschädigung für PJler wird die Studierenden sicher auch erfreuen.

Wenn aber die allgemeinen Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte nicht gesunderhaltend gestaltet werden, die Weiterbildung nicht reformiert und praxisnah ausgerichtet wird und die Befugten nicht zu qualitativer Weiterbildung angehalten werden, dann wird es weiterhin schwer sein, den Nachwuchs für unseren Berufsstand zu begeistern. Die Musterweiterbildungsordnung wird hoffentlich ihren positiven Beitrag leisten.

Ich freue mich, mich an Ärztetagen in diesem Sinne berufspolitisch einbringen zu können.“



Miriam Vosloo

(Hartmannbund)

„Nun ist es soweit! Die Gesamtnovelle der Musterweiterbildungsordnung wurde auf dem 121. Ärztetag in Erfurt beschlossen. Für uns jüngere Kollegen ein enorm wichtiger Schritt, denn die neuen Weiterbildungsinhalte werden nicht mehr nur durch Zeiten und Richtzahlen, sondern durch Kompetenznachweise dokumentiert. Es wird sich in den nächsten Monaten zeigen, wie die

inhaltliche Ausgestaltung seitens der Bundes- und Landesärztekammern im Detail aussehen soll. Zudem wird künftig ein bundesweit einheitliches eLogbuch die erbrachten Weiterbildungsinhalte und erworbenen Kompetenzen dokumentieren.

Die Reduktion der Mindestweiterbildungszeit auf drei Monate ist besonders zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die in Teilzeit tätigen Kolleginnen und Kollegen ein wichtiges Signal. Zudem sollen die Arbeitsbedingungen so verbessert werden, dass ausreichende zusammenhängende Ruhezeiten bei Bereitschaftsdiensten gewährt werden, um die Gesundheit nicht zu gefährden. Außerdem sollen seitens der Personalabteilungen Formulare zur Opt-Out-Regelung erst nach Zustandekommen eines Arbeitsvertrages versandt werden, damit eine Entscheidung für oder gegen die Zustimmung zum Opt-Out ohne Druck erfolgen kann.“



Dr. med. Klaus-Peter Spies

(Allianz Berliner Ärzte)

„Seit Jahren begleiten uns die neue MWBO und die neue GOÄ. Es wurden vor allem die neuen Zusatzweiterbildungen diskutiert, die ambulant leichter erworben werden sollen. Unsere Anträge zur Allgemeinmedizin wurden wie das gesamte Kapitel B mit Nichtbe-

fassung beschieden. Mit der jetzigen Beschlusslage kann die BÄK die MWBO nun abschließen und freigeben. Die GOÄneu soll nicht Grundlage für eine Einheitsversicherung werden, die Übergangsfrist für die Mengenbewertung darf nicht über 3 Jahre hinaus verlängert werden. Dies wurde uns noch letztes Jahr abgelehnt. Die Anträge zur Abschaffung des PA wurden leider abgelehnt, der Antrag, dass sich die BÄK an dem im Rahmen einer Bundesländer-AG geplanten Aktionsplan zur Novellierung der Gesundheitsfachberufe beteiligen soll, um unsere Vorstellungen für den PA einzubringen, immerhin an den Vorstand überwiesen. Angenommen wurde unser Antrag zur Fernbehandlung, im vertragsärztlichen Sektor diese nur durch Vertragsärzte ausüben zu lassen. Kapitalorientierte Gesellschaften dürfen hier nicht in Konkurrenz zu Vertragsärzten treten oder gar Betreibereigenschaften für MVZ erhalten. Krankschreibungen dürfen nicht per Fernbehandlung ausgestellt werden! Allerdings wurde unser Antrag abgelehnt, dass der Arzt die Möglichkeit haben soll, einen persönlichen Arztkontakt herzustellen. Angenommen wurden Anträge zur Kennzeichnungspflicht von Konsumgütern, zur Aufgabe der Forderung der Politik nach einer Sprechstundenzeit von 25 Stunden, da diese die Selbstverwaltung bedroht, und zum Ausbau der ambulanten Weiterbildung bei den grundversorgenden Fachärzten.“

Dr. med. Anja Dippmann

(Marburger Bund)

„Der Ärztetag hat die neue Weiterbildungsordnung und die Fernbehandlung beschlossen und über den Physician Assistant beraten und damit Weichen für die grundsätzlich moderne Ausrichtung des ärztlichen Berufsbildes und seiner Inhalte gestellt. Die Entwicklungsrichtung hin zu Delegation, die eigentlich Substitution bedeutet, und Distanz verändert den ärztlichen Beruf und seine Ausübung – wird sie ihn auch schwächen? Es gilt,



Anja Dippmann

neben Chancen auch Risiken und Nebenwirkungen dieser Entwicklung zu erkennen und im Blick zu behalten – die nächsten ärztlichen Standesvertreter*innen werden dies weiterhin auf ihrer Agenda haben (müssen). Die Inspiration für eine bewusste Aufstellung der Ärzteschaft mit Besinnung auf die eigentlichen Werte des ärztlichen Berufs – gerade in Zeiten des ökonomischen Regnums – steht noch aus.“

tages, der mit großem Fleiß, hoher Konzentration und oft großer Sachkenntnis ein sehr großes Programm bewältigt hat – ohne spektakuläre Aktionen, obwohl sehr wichtige Themen anstanden wie § 219a, Fernbehandlung, Weiterbildungsordnung und viele andere.

Aus meiner Sicht als Psychosomatiker war das Thema Psychische Erkrankungen sehr bedeutsam, das zuletzt 2006 in Magdeburg auf der Tagesordnung stand (so wichtig wie gesellschaftlich erforderlich scheint dieses Thema dem BÄK-Vorstand auch wieder nicht zu sein). Auch diese Diskussion war engagiert und ernsthaft, wenngleich die Vorträge kompakter und versorgungsnäher hätten sein können.

Mit der Fülle der zum Teil nebulösen Anträge, bei denen jegliche Koordination fehlt und die an Zahl zuzunehmen scheinen, nimmt die Außenwirkung eines Deutschen Ärztetages ab. Hier sollte über Veränderungen im Sinne einer Konzentration nachgedacht werden.“

doch unmittelbar die Qualität der Patientenversorgung. Und für uns Ärzt*innen in Weiterbildung hat die Gestaltung der MWBO erheblichen Einfluss auf unsere Berufszufriedenheit. Ich hätte mir daher eine grundlegendere Reform gewünscht. Nun liegt es an uns, auf Grundlage der Möglichkeiten, die die Novelle bietet, eine echte Verbesserung zu erzielen.

Ziemlich enttäuscht hat mich, dass sich der Ärztetag nicht mit der Vermeidung von sexueller Belästigung im Gesundheitswesen – sowohl die Mitarbeiter*innen der verschiedenen Gesundheitsberufe als auch die Patient*innen betreffend – befassen wollte. Ich finde, das ist gänzlich an der aktuellen gesellschaftlichen Debatte vorbei. Auch hier muss die Ärztekammer Berlin selbst vorangehen. Im Vorfeld des Ärztetages war ich an einem Dialog zur Berufszufriedenheit junger Ärzt*innen beteiligt. Diesen Diskurs müssen wir unbedingt fortsetzen! Ich hoffe sehr, zu diesem Thema und den damit verbundenen grundlegenden Fragen unseres Gesundheitswesens Mitstreiter*innen zu finden.“



Herbert Menzel

Dr. med. Herbert Menzel

(Fraktion Gesundheit)

„Unverhofft von der Beobachterposition in die Delegiertenrolle zu wechseln, hat es mir ermöglicht, den Ärztetag aus zwei Blickwinkeln zu betrachten. Es ergab sich das Bild eines Arbeitsärzte-



Katharina Thiede

Katharina Thiede

(Fraktion Gesundheit)

Die Novelle der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) wurde nun beschlossen. Die ärztliche Weiterbildung ist aus meiner Sicht eine der wichtigsten Aufgaben der Ärzteschaft – hängt daran



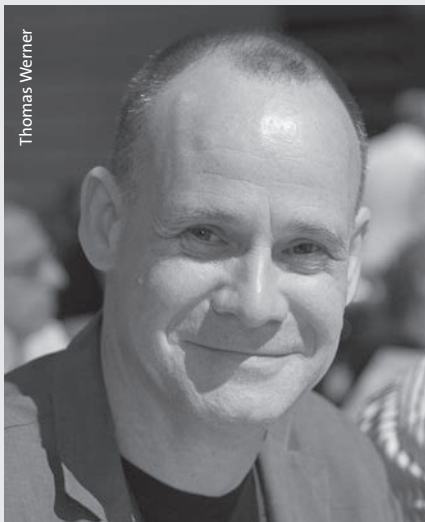
Carina Borzím

Carina Borzím

(Fraktion Gesundheit)

„Der 121. Deutsche Ärztetag in Erfurt war der erste, an dem ich teilnehmen durfte. Sehr interessant und hitzig war die Debatte um die Anerkennung der Abschlüsse von Ärzt*innen aus Nicht-

EU-Ländern. Eine Prüfung ähnlich M3 zu fordern, scheint ein guter Kompromiss zu sein. Spannend war, dass mehrfach geäußert wurde, das Prüfungsformat von M2 sei generell unangemessen. Eine Überarbeitung dessen würden vermutlich viele Studierende begrüßen. Unzufrieden bin ich persönlich mit dem Ausgang der Abstimmung über §219a. Die Tatsache, dass sich zuvor einige Landesärztekammern für eine Reform oder die Abschaffung des Paragraphen ausgesprochen, hatte mich zunächst hoffnungsvoll gestimmt. Diese Hoffnung wurde beim Ärztetag leider enttäuscht. Überraschend und empörend war auch, dass sich eine große Mehrheit der Delegierten nicht mit dem Antrag zur gerechtere Sprache in der Weiterbildungsordnung befassen wollte. Es gibt immer mehr Ärztinnen. Wir sollten nicht länger nur mit gemeint, sondern auch mit erwähnt werden. Insgesamt wäre für die nächsten Jahre eine diversere Zusammensetzung der Delegierten wünschenswert, damit die Meinung der Ärzteschaft realistischer abgebildet werden kann.“



Thomas Werner

Dr. med. Thomas Werner

(Marburger Bund)

„Nach vielen Jahren langwieriger Diskussionen ist die Gesamtnovelle der Musterweiterbildungsordnung beschlossen worden. Was sich durch sie ändert, erahnen jedoch wohl die mei-

sten der davon Betroffenen – ob Weiterbilder oder Weiterzubildende – wenn überhaupt zunächst nur im Ansatz. Man darf gespannt sein, ob der erwartete und erforderliche „Kulturwandel“ hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildung eintritt und in der Umsetzung mit Leben erfüllt wird. Mit Sicherheit jedoch wird es ein langer und steiniger Weg werden. Und auch hier sollte das Thema Digitalisierung ganz nach vorn gerückt werden. Dass die Implementierung neuer Medien im Arzt-Patientenverhältnis facettenreich und hochkomplex ist sowie einer detaillierten ethischen Diskussion bedarf, versteht jeder, weil es unserem ärztlichen Berufsbild und der daraus resultierenden Verantwortung für unsere Patienten (und uns selbst) geschuldet ist. Wenn es aber darum geht, Prozesse zur Bändigung der Bürokratie im Sinne von Transparenz und Validität von Weiterbildungsinhalten (wie mit einem e-Logbuch möglich) zu vereinfachen, sind Blockaden und Verweigerungstaktiken nicht nur schädlich und dumm, sondern den nachwachsenden Generationen (zu Recht) nicht vermittelbar. Bitte eine Logbuch-App!“

Dr. med. Hans-Detlef Dewitz

(Allianz Berliner Ärzte)

„Neben Themen, die uns seit vielen Jahren begleiten, fanden sehr intensive, bewegende Diskussionen z.B. zum Genfer Gelöbnis, Werbeverbot, Kenntnisstand-Nachweis, Fernbehandlung statt. GOÄ neu – wurde weiter fertiggestellt und mit den Berufsverbänden sowie der PKV abgestimmt, jedoch hält der BÄK-Vorstand Dr. Klaus Reinhardt die Verabschiedung durch Bundesregierung noch in dieser Legislaturperiode für nicht wahrscheinlich! Forderung nach einer Punktwerthöhung als Sofortmaßnahme in der Diskussion! Muster-WBO neu – endlich beschlossen, kompetenzbasiert, jedoch nicht völlig ohne Zeitabschnitte oder Anhaltzahlen, letztere wurden noch nicht beschlossen. Positiv ist, dass Weiterbildungsinhalte vermehrt auch ambulant



Hans-Detlef Dewitz

und in Teilzeit erworben werden können. Die Diskussion über weitere Zusatzbezeichnungen wie z.B. Osteologie oder MRT fachgebunden ist noch erforderlich.

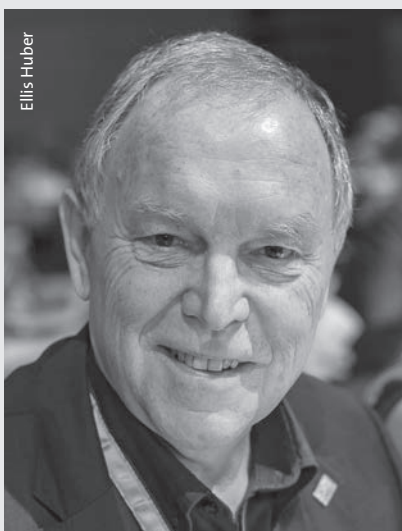
Ausschließliche Fernbehandlung – beschlossen und unmittelbar vom Gesundheitsminister J. Spahn begrüßt, nicht geklärt sind weiterhin die Rahmenbedingungen, Haftungsregelungen usw.! Ergebnisse des erst im April 2018 angelaufenen Modellprojekts BW wollte man nicht abwarten! Hier ausschließlich Behandlung von Bagatellfällen ohne persönliche Vorstellung, keine Rezepte, AU-Bescheinigen, Physiotherapieverordnungen, Überweisungen.

Notfallversorgung – kontrovers von stationärer und ambulanter Medizin diskutiertes Thema, konnte von gefühlten Wahrheiten auf eine solide Faktenbasis gestellt werden. Die Finanzierung soll einheitlich extrabudgetär in Klinik und Praxis erfolgen, Portalpraxen 7d/24h nur als Modellprojekt an ausgewählten Kliniken.“

Dr. med. Ellis Huber

(Fraktion Gesundheit)

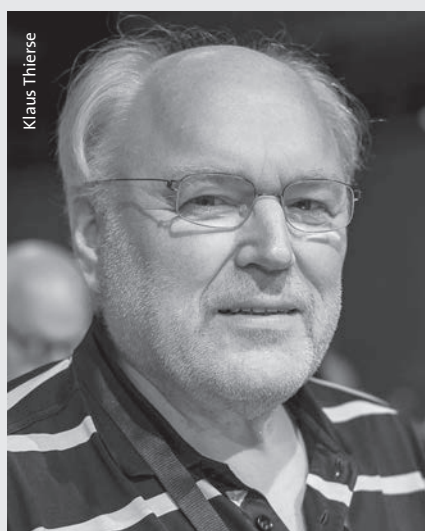
„Es gab Gutes: Das wegweisende Referat von Dr. Iris Hauth und die bessere Versorgung von psychosomatisch und psychisch kranken Menschen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, sektorenübergreifende Versorgungskon-



zepte und eine bio-psycho-soziale Medizin. Patienten und Ärzte können künftig das Internet sinnvoll nutzen.

Die Berufsordnung wurde geöffnet. Die Muster-Weiterbildungsordnung ist novelliert: kompetenzbasierte Weiterbildung, „Inhalte statt Zeiten“. Dr. Franz Bartmann wurde dafür gefeiert.

Zwei Beschlüsse taten weh. Der Paragraph 219a: Er diffamiert und verfolgt systematisch Kolleginnen und Kollegen, die Frauen in Notlagen helfen. Die Mehrheit wollte die staatliche Kriminalisierung beibehalten. Es macht fassungslos, wie Ideologie und Selbstgerechtigkeit über Kollegialität und Menschlichkeit gestellt werden. Manfred Richter-Reichhelm und Roman Skoblo engagieren sich für den Lern- und GeDenkOrt Alt Rehse zum Gedenken an die NS „Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“. Die Mehrheit der Delegierten lehnte eine Förderung ab. Ein von der IPPNW 1990 geplantes Projekt scheiterte, weil die KBV als Rechtsnachfolger des NS-Ärztbundes ihr Eigentum durchsetzte und später an private Investoren verkaufte. Für lukrative Eigentumsrechte war Alt Rehse teuer, fürs Gedenken sind 60.000 Euro den Delegierten zu viel. Hier wird die Ärztekammer Berlin nun ein Zeichen setzen und das Vorhaben unterstützen.“



Dr. med. Klaus Thierse

(Marburger Bund)

„Zu Eröffnungs-Veranstaltung (Rede Spahn) und TOP „Psych. Erkrankungen“ kann ich nicht viel sagen. GOÄ neu: never ending story?! → dargestellt wurde der Weg der Bewertungsfindung. Eine Umsetzung ist wohl nicht vor 2021 zu erwarten (s.a. Referat auf Seite der BÄK). Fernbehandlung: soll grundsätzlich zulässig sein, aber es wurden zugleich einige Einschränkungen beschlossen, aber: Welche Auflagen kommen noch von den Aufsichtsbehörden? Und welchen Sinn macht das in einer Großstadt mit nah erreichbaren Ärzten (anders als in der Fläche). Und woher soll in vollen Praxen die Zeit für eine verantwortliche (Erst-)Behandlung über Telefon/Skype kommen? Muster-Weiterbildungsordnung: für die Mitglieder der Weiterbildungsausschüsse nichts Unerwartetes, einige Probleme konnten in den Abstimmungen beseitigt werden. Wesentliche Änderung im Regelwerk ist der Begriff der Kompetenz. Viele Zahlen in den Katalogen werden reduziert/ gestrichen, der Weiterbilder dokumentiert die fachliche Kompetenz für ALLE GEFORDERTEN Fähigkeiten einzeln → Dies bedeutet allerdings eine Verantwortung (Haftung?) der Weiterbilder dafür, dass die Weiterzubildenden die entsprechenden Fähigkeiten tatsächlich beherrschen!!!“



Julian Veelken

(Fraktion Gesundheit)

Nun ist die Musterweiterbildungsordnung also beschlossen, es ist sicher nicht der große Wurf geworden, den ich mir vor einigen Jahren erhofft habe. Aber es ist eine Grundlage, auf der es gelingen kann, in unserer Kammer deutliche Schritte zu gehen. Die sehr ernsthafte Diskussion über den Paragraph 219a hat zwar – anders als in der Delegiertenversammlung in Berlin – nicht zur Forderung nach einer weitgehenden Abschaffung geführt, es bestand aber immerhin Einigkeit, dass die Information über einen Schwangerschaftsabbruch für die durchführenden Kollegen möglich werden muss, ohne sich strafbar zu machen. Ansonsten war auch dieser Ärztetag wieder geprägt von einer gewissen Mutlosigkeit. Diese war deutlich abzulesen an der Ablehnung eines weiteren Engagements am Projekt Alt Rhese und damit eine Chance zu vergeben, an historischem Ort ein Beispiel zu setzen für die demokratische Entwicklung der deutschen Ärzteschaft von den dreißiger Jahren bis heute. Auch die Ablehnung oder die Nichtbefassung von Anträgen zur Versorgung von Flüchtlingen, zur Bitte an die Regierung dem Atomwaffenächtungsvertrag der UN beizutreten oder sogar zur Prävention sexueller Nötigung oder Missbrauchs innerhalb des Gesundheitswesens bleiben für mich doch sehr befremdlich.“

Dr. med. Eva Müller-Dannecker

(Fraktion Gesundheit)

„Jens Spahn hatte sein Debüt als Gesundheitsminister. Seine Leidenschaft für die Gesundheitspolitik war spürbar. Mit der Ärzteschaft will er im Dialog bleiben. Die Stärkung der Pflege ist ihm ein großes Anliegen. Dass auch die Ärzteschaft die Pflegenden wertschätzt, zeigte sich zu Beginn der Plenarsitzung: Alle spendeten eine Minute lang stehenden Applaus für unsere Pflegekräfte. Mich hat dabei gefreut, dass der BÄK-Vorstand damit unserer Idee gefolgt ist. Der Film zu der Aktion ist im Internet unter <https://1min.care/>. Umso mehr bin ich gespannt, wie der Vorstand mit unserem Antrag, auf einem der kommenden Ärztetage das Thema „Zusammenarbeit der ärztlichen und nicht ärztlichen Berufe“ aufzuneh-



Eva Müller-Dannecker

men und proaktiv in den Dialog mit der Pflege und anderen Berufen zu treten, umgehen wird.

Im Vergleich zu den Zeiten, wo wir heftig kontrovers um den § 218 gestritten haben, verlief die Debatte zum § 219a sehr sachlich. Ich begrüße es, dass der Deutsche Ärztetag zumindest für Änderungen plädiert, die zum Schutz der Ärzt*innen klarstellt, dass für die Frauen hilfreiche sachliche Informationen keine Werbung sind.

Die Novelle der Muster-Weiterbildungsordnung zeigt, dass die Ärzteschaft nur zu relativ kleinen Veränderungen bereit ist. Diese gehen zumindest in die richtige Richtung. Die überarbeiteten allgemeinen Inhalte, z.B. Ethik, ärztliche Gesprächsführung, sollten aus meiner Sicht deutlich mehr Gewicht in der Weiterbildung erlangen und auch überprüfbar sein. Gespannt bin ich, ob und inwieweit die Musterweiterbildungsordnung bundeseinheitlich umgesetzt werden wird.“



Abgestimmt wurde reichlich in Erfurt.

Manifest für die Multimorbidität

David Oliver, Facharzt für Geriatrie und internistische Akutmedizin

Berkshire, davidoliver372@googlemail.com

Im Jahr 2012 ergab eine schottische Studie mit über drei Millionen Menschen, dass drei oder mehr Langzeiterkrankungen bei Menschen über 65 Jahren die Norm waren.¹ 2016 zeigte eine Studie mit Daten von mehr als 200.000 Menschen aus England im Alter von über 75 Jahren, dass 7 % schwer gebrechlich und 21 % mittelgradig gebrechlich waren.² In diesem Jahr prognostizierten Wissenschaftler, dass sich der Anteil der Menschen in Großbritannien mit vier oder mehr Langzeiterkrankungen zwischen 2015 und 2035 beinahe verdoppeln wird – von 9,8 % auf 17 %.³ Zwei Drittel dieser Betroffenen werden außerdem unter Demenz, Depression oder kognitiver Einschränkung leiden, so die Wissenschaftler.

Bereits jüngst habe ich darauf hingewiesen, dass der Erhalt eines guten Gesundheitszustands durch Prävention stärker in den Mittelpunkt rücken muss. Häufig ist dazu nicht einmal ein klassisches medizinisches Modell erforderlich.⁴ Für die Menschen, die auch künftig krank werden und medizinische Versorgung benötigen, müssen wir das Gesundheitswesen jedoch umbauen, und zwar schnell. Wie? Hier sind meine Vorschläge.

Erstens: Die Ausbildung der Fachkräfte muss sich stärker mit einer koordinierten, planmäßigen Behandlung der einzelnen Patienten beschäftigen. Ausgangspunkt dafür sollten die Ziele und Prioritäten des Patienten sein sowie die Abwägung des Risikos und Nutzens von Behandlungen, und nicht lediglich das Management einzelner Krankheiten oder Organsysteme.^{5,6} Wenngleich diese Ansätze in einigen Vorzeigeeinrichtungen bereits umgesetzt werden, sind sie noch bei Weitem nicht die Norm und Fachkräfte sind darin oft nicht gut geschult.⁷ Eine entsprechende Ausbildung sollte daher in ausreichendem Maße praktische Erfahrung im Bereich der Primärversorgung und der Versorgung im häuslichen Umfeld, Geriatrie, psychischen Gesundheit, Demenz und der Versorgung am Lebensende beinhalten.

Zweitens: Forschungsschwerpunkte, wissenschaftliches Ansehen und finanzielle Förderung müssen neu gewichtet werden, um dieser neuen Realität gerecht zu werden. Die Forschung hat sich vorrangig mit einzelnen Erkrankungen im jüngeren oder mittleren Lebensalter sowie mit neuesten, hoch technisierten Eingriffen beschäftigt⁸ und dabei pragmatische Versorgungsmodelle für Menschen mit komplexen Bedürfnissen vernachlässigt. Häufig wurden multimorbide, gebrechliche oder demente Menschen von der Forschung ausgenommen, was im Umkehrschluss bedeutet, dass die Evidenzgrundlage für sie nicht geeignet ist.^{9,10}

Drittens: Wir müssen die Fähigkeit zum sachkundigen medizinischen Generalisten, wie sie in der Allgemeinmedizin, Geriatrie und der internistischen Akutmedizin anzutreffen ist, wertschätzen und fördern.¹¹

Viertens: Wir müssen unser Augenmerk viel stärker auf die Bekämpfung der unangebrachten Polypharmazie und die Vorteile einer besonnenen Verordnungspraxis richten.^{12,13} Wir sollten darüber nachdenken, was wir mit Verschreibungen erreichen möchten, die nur geringfügige Vorteile bieten – häufig motiviert durch Anreize, die auf einzelne Erkrankungen oder eine Überspezialisierung ausgerichtet sind – und mit unzureichender Erwägung der persönlichen Ziele der Patienten oder der Nachteile durch Wechselwirkungen zwischen Medikamenten oder Medikamenten und Komorbiditäten erfolgen.

Schließlich sollten wir die Gesundheitsversorgung umbauen, um sie an die Realität der Patienten heute und in den nächsten 20 Jahren anzupassen. Dabei heißt es, sich von Konzepten der Vergangenheit zu trennen, als die Lebenserwartung kürzer war und häufig eine einzelne Krankheit zum Tod führte.

Dazu wird es sicherlich nötig sein, willkürliche, künstliche und nach dem Anbieterprinzip festgelegte Schranken einzureißen, die für die traditionelle Unterteilung in die Primär-, Sekundär-, häusliche und psychologische Versorgung verantwortlich sind. Insbesondere die historische Unterscheidung zwischen Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge ist reformbedürftig, ebenso wie unser Versäumnis, den Millionen unbezahlten Pflegenden, die so viele Menschen versorgen, eine angebrachte Unterstützung zukommen zu lassen.¹⁴ Bowman und Meyer beschrieben Ansätze einer „formativen Versorgung“ – mit einer an Gesundheitsstatus und Versorgungsqualität ausgerichteten Optimierung der individuellen Lebensqualität –, die das medizinische und soziale Versorgungsmodell näher zusammenbringen könnte.¹⁵

Wenn wir all dies nicht nur in Vorzeigeeinrichtungen, sondern flächendeckend umsetzen möchten, benötigen wir dringend zusätzliche Mittel (an den richtigen Stellen), genügend Personal und ausreichend Zeit und Beharrlichkeit, um dem unmittelbaren Versorgungsdruck zu entgehen.

Interessenkonflikte: siehe www.bmj.com/about-bmj/freelance-contributors/davidoliver.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben:
Auftragsartikel; keine externe Begutachtung

Veröffentlicht durch die BMJ Publishing Group Limited.
Informationen zu den Verwendungsrechten (sofern nicht bereits unter einer Lizenz eingeräumt) finden Sie unter <http://group.bmj.com/group/rights-licensing/permissions>.

Literaturliste auf Nachfrage bei der Redaktion: presse@aekb.de

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die in der nächsten Zeit von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Einen vollständigen Überblick über unsere Veranstaltungen erhalten Sie auf unserer Homepage www.aerztekammer-berlin.de ► **Ärzte** ► **Fortbildung** ► **Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

Online-Fortbildungskalender unter www.aerztekammer-berlin.de ► **Ärzte** ► **Fortbildung** ► **Fortbildungskalender** recherchiert werden. Der Fortbildungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachgebieten oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen in Berlin als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

| Termine | Thema / Referenten | Information / Teilnehmerentgelt | Fortbildungspunkte |
|---|---|---|--------------------|
| ■ 23.08.2018 | Wissenskontrolle GenDG | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei | keine |
| ■ E-Learning: ab 27.08.2018 Präsenztage: 27.09.2018 (Block A) 28.09.2018 (Block B) | Transfusionsbeauftragter/ Transfusionsverantwortlicher nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 34) | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1401 E-Mail: R.Drendel@aekb.de Teilnehmerentgelt: 180 € insgesamt | 16 P insgesamt |
| ■ 27.08. – 05.09.2018 | Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A1 | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 € | 60 P |
| ■ 05.09. – 14.09.2018 | Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A2 | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 € | 60 P |
| ■ 13.10.2018 | Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 € | 8 P |
| ■ 15.10. – 17.10.2018 | Grundkurs im Strahlenschutz | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 € | 23 P |
| ■ 17.10. – 19.10.2018 | Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 € | 20 P |
| ■ Online-Modul: 24.10. – 21.11.2018 Präsenz-Modul: 22.11. – 24.11.2018 | Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen (weitere Informationen s. S. 33) | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 650 € | 34 P |
| ■ 09.11.2018 | CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger (weitere Informationen s. S. 33) | Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 € | 10 P |
| ■ 17.11.2018 | 7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: „Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen.“ (weitere Informationen s. S. 34) | Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: Fortbildungskongress@aekb.de | 10 P |

Veranstaltungsort für alle Termine:
Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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, 09:00 – 16:15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 100 €, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt

Informationen und Anmeldung: 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).

Impfungen in der Praxis

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

Termin: 08.12.2018, 09:00 – 17:30 Uhr

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

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

Teilnehmerentgelt: 100 €

Information und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1215, Fax: 030/40806-55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de
Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

Spezialkurse Computertomographie und Interventionsradiologie

Spezialkurse im Strahlenschutz

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 29. November 2018, 09:00 – 17:00 Uhr

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 30. November 2018, 08:30 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58 / 59, 10117 Berlin

Teilnehmerentgelt: jeweils 155 €

Informationen und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1209, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Anerkannt mit jeweils 9 Fortbildungspunkten

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

Teilnehmerentgelt: 650 €

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

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

BERLINER ÄRZTE auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net

Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin kann (in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung) lt. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin die Weiterbildungszeit in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen. Er besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
3. 60 Stunden Hospitation im kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

Für den Theoriekurs ist eine Anmeldung unbedingt erforderlich. Das Teilnehmerentgelt beträgt 550 € und umfasst ebenfalls die Hospitation in der Praxis.

Termine (9 Stunden Theoriekurs): jeweils mittwochs 19:00 – 21:30 Uhr
 Thema „Prävention“ 26.09.2018
 Thema „Häufige Vorstellungsanlässe“ 07.11.2018
 Thema „Schwere akute Erkrankungen / Notfälle“ 28.11.2018

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209; E-Mail: N.Brien@aekb.de

„Transfusionsbeauftragter/ Transfusionsverantwortlicher“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité Universitätsmedizin Berlin

Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, haben gemäß § 15 des Transfusionsgesetzes ein System der Qualitätssicherung für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. In der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) werden dazu verschiedene Qualifikationen und Aufgaben der Blutprodukte anwendenden Personen definiert, darunter transfusionsverantwortliche und transfusionsbeauftragte Ärzte.

Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärzte und Fachärztinnen und setzt die Lernziele des Curriculums in Form eines Blended-Learning-Konzeptes mit einem vorbereitenden E-Learning-Anteil von zwei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und zwei Präsenzveranstaltungen mit jeweils sieben Unterrichtseinheiten um.

Für das E-Learning sowie für die Lernerfolgskontrolle werden eine Internetverbindung und die aktuelle Version eines gängigen Webbrowsers (z.B. Mozilla Firefox, Internet Explorer, Chrome, Safari) mit einem Plugin für PDF-Dateien und aktiviertem JavaScript benötigt. Die Datenschutzerklärung ist unter <https://elearning.aekb.de/einsehbar>.

Termine: E-Learning 27.08. – 26.09.2018
 Block A 27.09.2018
 Block B 28.09.2018
 Abschlusstest (Lernerfolgskontrolle) 29.09 – 28.10.2018 (E-Learning-Plattform)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Regina Drendel, Tel.: 030/40806-1401, E-Mail: R.Drendel@aekb.de
 Die curriculare Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 16 Fortbildungspunkten anerkannt.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin 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.: 030/40806-1208 oder -1210 (Organisation), Tel.: 030/40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin
 in Kooperation mit der Arzneimittelkommission
 der deutschen Ärzteschaft

Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen.

Die Medizin als wissensintensive „Dienstleistung“ und der damit verbundene Auftrag zum lebenslangen Lernen stellen Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen. Genauso, wie die Komplexität der täglichen Anforderungen und die Individualität der einzelnen (Patienten)Bedürfnisse. Der Fortbildungskongress bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich mit dem Thema Wissenserwerb und dem Umgang mit erworbenen Wissen auseinanderzusetzen.

Neben der Vermittlung von aktuellem medizinischem Wissen, unter anderem zur Arzneimittel(therapie)sicherheit oder dem Einsatz von Antibiotika, wird Raum geboten auch Fehler zu hinterfragen, das eigene ärztliche Handeln zu reflektieren – immer mit dem Ziel, im Sinne des Patienten gut entscheiden zu können. „Wissensquellen“ werden ebenfalls im Fokus stehen. Wie finde ich die Richtige? Wie kann ich, trotz enormer Belastungen im Arbeitsalltag, mit adäquaten Aufwand, den aktuellen Stand der Wissenschaft überblicken und einen maximalen Benefit für mich und meine ärztliche Arbeit erreichen?

Termin: 17.11.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das vollständige Programm und das Anmeldeformular erhalten Sie unter www.aekb.de/fb-kongress2018.

Teilnehmerentgelt: 100 € (Mitglieder der Ärztekammer Berlin)
 130 € (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)
Fortbildungspunkte: 10 CME-Punkte

Delegierte diskutieren über einen Ausschuss „Versorgung“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. Juni 2018

Das Thema intersektorale Zusammenarbeit hat die Delegierten der Ärztekammer Berlin erneut beschäftigt. Einerseits verabschiedeten sie in ihrer Juni-Sitzung ein Konsenspapier mit „Empfehlungen für eine zeitgemäße, sektorübergreifende Patientenversorgung in Berlin“, andererseits diskutierten sie intensiv über die künftige Struktur von ehrenamtlichen Gremien rund um die intersektorale Zusammenarbeit.

Von Sascha Rudat

Doch zunächst stimmten die Delegierten über die Benennung einer Vertrauensperson für die Ausschüsse zu den Wahlen der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter für das Berufsgericht beim Verwaltungsgericht Berlin und das Berufsbergericht beim Obergericht Berlin-Brandenburg ab. Alle fünf Jahre werden diese ehrenamtlichen Richterinnen und Richter gewählt. Die derzeitige Wahlperiode endet am 17. Oktober 2018. Den zuständigen Wahlausschüssen gehört auch eine Vertrauensperson der Ärztekammer Berlin an.

Als Vertrauensperson wurde einstimmig Klaus Thierse gewählt, sein Stellvertreter wurde Henning Dannehl. Ebenfalls einstimmig nahmen die Delegierten eine Vorschlagsliste von 20 Kandidatinnen und Kandidaten zur Wahl der ehrenamtlichen Richterinnen und Richter an.

Vor oder nach der Wahl?

Im Anschluss diskutierten die Delegierten über neue ehrenamtliche Strukturen. Anlass war der Wunsch der „Allianz Berliner Ärzte“, einen Ausschuss für ambulante Versorgung als Pendant zum existierenden Krankenhausausschuss zu etablieren, wie Vizepräsidentin Regine Held als Listensprecherin erklärte. Die beiden Papiere vom Krankenhausausschuss zur Notfallversorgung und zur sektorübergreifenden Patientenversorgung, die in den letzten Delegiertenversammlungen diskutiert worden waren, hätten gezeigt, dass eine

zusätzliche Sicht der niedergelassenen Ärzte notwendig war. Der neue Gesundheitsminister habe mit Amtsantritt mehrere ambulante Problemfelder aufgetan, wozu die Niedergelassenen sich zeitnah positionieren müssten. Durch den Beschluss des DÄT zur Lockerung des Fernbehandlungsverbots müsse z. B. in der ÄKB auch sehr aktuell die Berufsordnung angepasst werden.

Der gewünschte Ausschuss stieß auf Unverständnis von Julian Veelken (Fraktion Gesundheit). Es bestehe übergreifend tiefe Einigkeit darüber, dass Sektorengrenzen überwunden werden müssten, betonte er. Darum kümmere sich der Krankenhausausschuss, dessen stellvertretender Vorsitzender Veelken ist, seit über zwei Amtsperioden verstärkt. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte im Krankenhausausschuss sei inzwischen fast höher als die der Klinikärzte. Mit der Gründung eines Ausschusses für ambulante Versorgung hätten die niedergelassenen Ärzte keine Heimat mehr im Krankenhausausschuss, warnte Veelken und sagte: „Das halte ich für das völlig falsche Signal.“

Vorstandsmitglied Peter Bobbert (Marburger Bund) erläuterte, dass man diese Problematik im Vorstand auch so gesehen habe. „Nichtsdestotrotz kamen wir zu dem Schluss, dass es originäre Krankenhaus- und ambulante Themen gibt.“ Daher plädiere man für einen Ausschuss „Versorgung“, der

sich aus einem stationären und einem ambulanten Teil zusammensetze. Diese könnten dann „zwei-, dreimal im Jahr“ zu einer gemeinsamen Sitzung zusammenkommen. „Durch diese Struktur wird die intersektorale Zusammenarbeit gewährleistet“, sagte Bobbert.

Vorstandsmitglied Bettina Linder (Hausärzte) erklärte: „Ich finde es dringend notwendig, dass die sektorenübergreifende Zusammenarbeit erhalten bleibt, aber auch die genuinen Themen besprochen werden können.“

Regine Held sagte, dass man gut damit leben könne, einen Ausschuss „Versorgung“ mit den Unterausschüssen Ambulante Versorgung und Krankenhaus zu schaffen. Wichtig fände sie, dass die einzelnen Ausschüsse nicht zu groß seien, um handlungsfähig zu sein. Der Beschluss zum Versorgungsausschuss sollte aber noch in diesem Jahr erfolgen, damit nach der Wahl im nächsten Jahr die Ausschüsse entsprechend besetzt werden können. Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärzte) sprach sich ebenfalls für einen Ausschuss „Versorgung“ mit jeweils einem Vorsitzenden für diese Unterausschüsse aus. Matthias Albrecht (Marburger Bund) sah in einem solchen Ausschuss ein „schönes politisches Zeichen“, sprach sich aber dagegen aus, Unterausschüsse zu institutionalisieren. Veelken forderte, dass die Arbeitssitzungen künftig intersektoral bleiben. „Mir wäre wichtig, dass dieser neue Ausschuss ‚Versorgung‘ in der Regel



zusammenarbeitet, nicht nur an Ostern und Weihnachten“, sagte er und schob hinterher: „Aber erst nach der Kammerwahl. Das ist jetzt der komplett falsche Zeitpunkt.“ Andernfalls wäre dies ein „Wahlgeschenk“ der Liste „Allianz Berliner Ärzte“.

Thomas Werner (Marburger Bund), Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Krankenhausausschusses, fügte hinzu: „Spezifische Themen muss man auch dort diskutieren, wo sie hingehören.“ Wie man das genau organisiere, sollte man der neuen Delegiertenversammlung nach der Wahl überlassen. Er sprach sich daher dafür aus, es jetzt bei einem Arbeitskreis ambulante Versorgung zu belassen.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund), ergänzte: „Wir als Ärztekammer müssen die Versorgung

generell abdecken. Was ich nicht zulassen werde ist, dass wir hier eine Art Gegen-KV in einem Ausschuss etablieren.“ Er warnte zugleich vor einem Verlust an Glaubwürdigkeit, wenn man einerseits den freien Arztberuf proklamiere, andererseits seine Praxis an eine Kapitalgesellschaft verkauft habe. Weder ein Arbeitskreis noch ein Ausschuss seien berechtigt, die Ärztekammer nach außen zu vertreten. Die Sitzungen der Arbeitskreise sind für Kammermitglieder öffentlich. Nach diesem umfangreichen Meinungsaustausch wird sich die DV voraussichtlich erneut in einer der nächsten Sitzungen mit dem Thema befassen.

Neues Konsenspapier

Völlig ohne Diskussionen wurde anschließend das Konsenspapier mit „Empfehlungen für eine zeitgemäße,

sektorübergreifende Patientenversorgung in Berlin“ einstimmig bei einer Enthaltung beschlossen. Dieses war vom Krankenhausausschuss, Vertretern der „Allianz Berliner Ärzte“ sowie DV-Mitgliedern erarbeitet worden und umfasst in sechs Themenfeldern Empfehlungen als Diskussionsgrundlage. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der ärztlichen Kommunikation zwischen den Sektoren.

srd

Die nächste Sitzung der Delegiertenversammlung findet am 19. September 2018 in der Ärztekammer Berlin statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich.

In memoriam Wolfgang Presber



Wolfgang Presber

Am 25. Mai 2018 verstarb Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Presber im Alter von 98 Jahren. Er wurde am 16. Oktober 1919 in Berlin geboren. Nach Studium, Kriegsdienst und kurzer Gefangenschaft begann er als Assistenzarzt am Anatomischen Institut in Halle. 1952 kam er nach Berlin-Buch an das Waldhaus, der damaligen Klinik für Orthopädie. Zu der Zeit litten viele Patienten an den Folgen von Tuberkulose und Poliomyelitis. (1956 war die Klinik als Poliomyelitis-Zentrum für Berlin ausgewiesen worden). Er hatte als Facharzt für Orthopädie auch diejenigen zu betreuen, die nicht geheilt werden konnten. Sie waren ständig auf fremde Hilfe angewiesen, hatten Selbstvertrauen und Lebensmut verloren. Dies konnte

und wollte er nicht hinnehmen. Er begann mit der praktischen Rehabilitation. Dabei war zu der Zeit der Begriff Rehabilitation kaum bekannt. Er versuchte, die Patienten entsprechend ihren Möglichkeiten zu beschäftigen, ihre Kraft und Ausdauer zu stärken, ihnen Mut zu machen und sie im wörtlichen und übertragenen Sinn wieder auf die Beine zu stellen. So wurde z. B. der erste Rollstuhl (Handradwagen) entwickelt und die Schwimmtherapie eingeführt. Er war inzwischen auch Facharzt für Sportmedizin und förderte den Versehrten sport. Viele Jahre war er Präsident des Deutschen Verbands für Versehrten sport des DTSB. So sehr ihm das Schicksal des einzelnen Patienten am Herzen lag, so sehr war er daran interessiert, Einzellösungen zum Modell zu entwickeln und Organisationsformen zu finden, die vielen behinderten Menschen in der DDR von Nutzen sein

sollten. 1972 errichtete die Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR einen Lehrstuhl für Rehabilitation. Nach seiner Habilitation wurde er zum Honorarprofessor berufen. 1980 wurde die Klinik für Rehabilitation zum Rehabilitationszentrum mit einigen Aufgaben als Leiteinrichtung für die DDR. Ihm ist es zu danken, dass in den Bezirken, Kreisen und Städten Rehabilitationskommissionen/-zentren gebildet wurden, die vor Ort für die Organisation der Ein- und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen zuständig waren.

Wolfgang Presber gehörte zu den Gründungsmitgliedern der medizinischen Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR und war zeitweise deren Vorsitzender sowie viele Jahre Vorsitzender der Sektion Medizinische Rehabilitation. Er war Mitglied der Generalversammlung von Rehabilitation International (RI), deren Medizinischer Kommission sowie der Internationalem Kommission für technische Hilfen. Prof. Presber wurde mit hohen staatlichen Auszeichnungen geehrt. Er bemühte sich stets um interdisziplinäre Zusammen-

arbeit und war im In- und Ausland ein angesehener Kollege. Nicht wenige seiner ehemaligen Patientinnen und Patienten waren ihm in Dankbarkeit verbunden. Wegen seiner Zugewandtheit und seiner aktiven Unterstützung ihrer Arbeit wurde er von seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern hoch geachtet und geschätzt.

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. sc. med. Christa Seidel
Berlin

Meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin im Jahr 2017

Eine der Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist der Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten auf der Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) nimmt die Überwachung und Einschätzung der gesamtstädtischen Lage bezüglich der Ausbreitung von Infektionskrankheiten wahr. Die bezirklichen Gesundheitsämter übermitteln dem LAGeSo (nicht-namentlich) elektronisch Meldungen von Erregernachweisen und meldepflichtigen Infektionskrankheiten, die sie gemäß IfSG erhalten haben. Nachfolgend berichten wir über die im Land Berlin im Jahr 2017 aufgetretenen meldepflichtigen Infektionen und Krankheiten, die wichtigsten Trends und vergleichen die Zahlen im Land Berlin mit denen in Deutschland. Zudem wurde das IfSG im letzten Jahr umfangreich geändert. Dies hat auch Auswirkungen auf klinisch tätige Ärzte (z. B. Mitwirkungspflicht), worauf am Ende des Berichtes kurz eingegangen wird.

Von Dirk Werber

Meldepflichtige Infektionskrankheiten 2017 im Überblick

Im Jahr 2017 wurden in Berlin 19.028 nach dem IfSG meldepflichtige Erkrankungen in 48 Kategorien sowie 895 Ausbrüche, davon 277 nosokomiale, erfasst. Die meisten Fälle wurden erwartungsgemäß bei gastroenteritischen Erkrankungen durch Noroviren (n=3.649), *Campylobacter* spp. (n=2.435) und Rotavirus (n=1.865) sowie der

saisonalen Influenza (n=3.517) verzeichnet (s. Tabelle S. 38). Diese vier Erkrankungen stellen 60 % aller Meldungen dar.

Der seit Inkrafttreten des IfSG im Jahr 2001 ansteigende Trend bei Hepatitis E und Legionellose sowie bei EHEC (seit 2012) setzte sich auch 2017 fort. In diesen Meldekategorien, zudem bei *Haemophilus influenzae* und Hepatitis B (hier v.a. bedingt durch Änderung der Zählweise, „RKI-Referenzdefinition“, im Jahr 2015) sowie der insgesamt seltenen, jedoch lebens-

bedrohlichen Listeriose, wurden die höchsten Fallzahlen seit 2001 registriert. Hingegen setzte sich der Abwärtstrend bei Hepatitis C (seit 2014) und der Salmonellose (seit 2001) weiter fort. Es wurden bei der Salmonellose und bei Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (meldepflichtig seit 2009) die niedrigsten jährlichen Fallzahlen im Meldesystem verzeichnet.

■ **Berlin hatte im Jahr 2017 bundesweit die höchsten Inzidenzen v.a. im Bereich der seltenen reiseassoziierten Erkrankungen, aber auch bei Hepatitis A, Hepatitis C, Legionellose und der Syphilis.**

Im Vergleich zu den anderen Bundesländern hatte Berlin die höchsten Inzidenzen bei Hepatitis A und C, bei den reiseassoziierten Erkrankungen Chikungunya-Fieber, Denguefieber und Giardiasis (zu ca. 50 % reiseassoziiert) sowie der Legionellose (wasserbürtig) und der Syphilis (sexuell übertragen).¹ Darüber hinaus wurden in

¹ *Aufgrund nicht IfSG-konformer Datenübermittlung werden aus dem Zentrum für tuberkuloseerkrankte- und gefährdete Menschen seit 2017 keine Daten veröffentlicht. Zudem lagen die Daten für 2017 zu den direkt an das Robert Koch-Institut zu meldenden Nachweisen von HIV noch nicht vor.“ Sowohl bei der Tuberkulose als auch bei der HIV-Infektion hatte Berlin in der Vergangenheit deutlich höhere Inzidenzen als die meisten anderen Bundesländer.*

Die 10 häufigsten meldepflichtigen Infektionskrankheiten in Berlin Jahr 2017*
– im Vergleich mit Deutschland (Tabelle)

| Meldekategorie | Berlin | | | Deutschland | | |
|---------------------------|--------|--------|----------|-------------|--------|----------|
| | Rang | Anzahl | Inzidenz | Rang | Anzahl | Inzidenz |
| Norovirus-Gastroenteritis | 1 | 3.649 | 103,66 | 2 | 47.722 | 58,07 |
| Influenza, saisonal | 2 | 3.517 | 99,91 | 3 | 40.880 | 49,75 |
| Campylobacter-Enteritis | 3 | 2.435 | 69,18 | 1 | 50.543 | 61,51 |
| Rotavirus-Gastroenteritis | 4 | 1.865 | 52,98 | 4 | 23.968 | 29,17 |
| Syphilis *** | 5 | 1.333 | 37,87 | 8 | 7.476 | 9,10 |
| Windpocken | 6 | 1.316 | 37,39 | 5 | 15.234 | 18,54 |
| Borelliose ** | 7 | 691 | 20,01 | - | - | - |
| Keuchhusten | 8 | 645 | 18,32 | 6 | 11.432 | 13,91 |
| Salmonellose | 9 | 502 | 14,26 | 7 | 10.674 | 12,99 |
| Giardiasis | 10 | 390 | 11,08 | 12 | 2.347 | 2,86 |

* Aufgrund nicht IfSG-konformer Datenübermittlung werden aus dem Zentrum für tuberkulosekranke- und gefährdete Menschen seit 2017 keine Daten veröffentlicht. Daten zu HIV des Jahres 2017 lagen zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor.
 ** Meldepflicht in Berlin (seit 07.04.2013 Arztmeldung und Labornachweis; vorher nur Arztmeldung) und einigen anderen Bundesländern (keine bundesweite Meldepflicht);
 *** Nichtnamentliche Meldepflicht gemäß §7(3) IfSG direkt an das RKI.

(Datenquelle: SurvStat RKI / SurvNet LAGeSo / Berechnung: RKI / LAGeSo Berlin, Datenstand: 01.03.2018)

Berlin die höchsten Inzidenzen bei den im Jahr 2016 neu eingeführten Meldekategorien für *Acinetobacter* spp. und Enterobacteriaceae Infektionen/Kolonisationen festgestellt, deren Übertragung i.d.R. nosokomial erfolgt. Für den labordiagnostischen Nachweis dieser Erreger besteht eine Meldepflicht, sofern eine Carbapenem-Nichtempfindlichkeit oder eine Carbapenemase-Determinante festgestellt wurde (Ausnahmen von der Meldepflicht bestehen bei einigen Spezies von Enterobacteriaceae, z. B. *Serratia marcescens*, im Hinblick auf die Imipenem-Nichtempfindlichkeit). Inzidenzen, die deutlich über denen des gesamten Bundesgebiets liegen, wurden darüber hinaus bei den seltenen reiseassoziierten Krankheiten Typhus abdominalis, Paratyphus und Zikavirus-Erkrankung festgestellt, zudem bei der Shigellose (die zu ca. 30 % reiseassoziiert ist); geringere Inzidenzen hingegen bei der Keratokonjunktivitis und den in Berlin nichtendemischen klassischen Zoonosen Frühsommer-Meningoenzephalitis und Hantavirus-Erkrankung.

Nach Angaben der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) hatte die Grippewelle

2016/2017 Ihren Höhepunkt Anfang/Mitte Februar und verlief von Ende Dezember bis Mitte März.¹ Influenza A(H3N2)-Viren, häufig mit schweren Krankheitsverläufen assoziiert, dominierten von Beginn an die Grippewelle. In Berlin wurden im Meldesystem 3.517 Influenza-Erkrankungen im Jahr 2017 erfasst, wovon 12 % hospitalisiert waren. Die AGI schätzte im Verlauf der Grippewelle eine Übersterblichkeit von 26 pro 100.000 Einwohner für Berlin und die Saison insgesamt als schwer ein.

Melddaten stellen nur einen Teil der in der Bevölkerung tatsächlich stattfindenden Erkrankungen dar. Deren Vollständigkeit hängt wesentlich von der diagnostischen Aufmerksamkeit der Ärzte ab. Dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden. Exemplarisch sei hier kurz die Hepatitis E erwähnt. In Untersuchungen bei Erwachsenen im Rahmen von Querschnittsstudien des Robert Koch-Instituts (1998 und 2010), konnte kein Anstieg der Hepatitis E-Seroprävalenz (anti-HEV IgG) festgestellt werden – im Gegenteil.² Es steht daher zu vermuten, dass der, auch bundesweit beobachtete, Anstieg der Hepatitis E Meldezahlen in erster Linie mit häufigerem

labordiagnostischen Testen und dem Einsatz serologischer Testsysteme mit höherer Sensitivität in Verbindung steht, mithin einer vollständigeren Erfassung im Meldesystem.

Besondere Infektionsereignisse in 2017

Ziel des IfSG ist u.a., übertragbare Krankheiten frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Daher muss die auf Grundlage des IfSG durchgeführte Surveillance von Infektionskrankheiten neben dem Erkennen langfristiger Trends, um deren Ursachen zu untersuchen (s. Hepatitis E), auch kurzfristige Aberrationen in den Meldezahlen zeitnah detektieren, hinter denen sich Krankheitsausbrüche verbergen können. Im Folgenden werden zwei Krankheitsausbrüche vorgestellt, die aufgrund der gemeldeten Erkrankungen vom Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsamt und LAGeSo) entdeckt und untersucht werden konnten.

A) Bezirksübergreifender Salmonella Virchow Ausbruch

Zwischen der 26. und 47. Kalenderwoche wurden dem LAGeSo 29 Erkrankungen von *Salmonella* (S.) Virchow (n=19) bzw. Gruppe C (zu der S. Virchow gehört, n=10) übermittelt. Das mediane Alter betrug 28 Jahre und ca. 1/3 musste aufgrund der Salmonellose stationär behandelt werden. Im Ergebnis der epidemiologischen Untersuchungen des LAGeSo, in Zusammenarbeit mit den bezirklichen Gesundheitsämtern und den für die Lebensmittelüberwachung zuständigen Behörden, konnten die Erkrankungen auf den Verzehr von Geflügelfleisch-enthaltendem Döner Kebab zurückgeführt werden, der von verschiedenen Imbissen in unterschiedlichen Bezirken in Verkehr gebracht wurde.³ Trotz intensiver Bemühungen gelang es nicht, eine vollständige Serotypisierung aller Salmonellenisolate, die lediglich bis zur Gruppe C typisiert wurden, zu erhalten. Darüber hinaus vergingen im Median 10 Tage zwischen der initialen

Meldung des Salmonellennachweises bis zum Vorliegen der Serovarinformation im Gesundheitsamt. Es ist ernüchternd, sich zu vergegenwärtigen, dass 2011 im großen EHEC-Ausbruch 75 % der Erkrankten innerhalb von nur 12 Tagen die kontaminierten Bockshornklee-Sprossen verzehrt hatten.⁴

Dies verdeutlicht, dass eine moderne und effiziente Surveillance von Infektionskrankheiten die erforderlichen mikrobiologischen Informationen zur Erkennung möglicher Infektionszusammenhänge zeitnah benötigt, um durch frühzeitige Ausbruchsauflklärung tatsächlich Erkrankungen zu verhindern.

B) Großer Hepatitis A Krankheitsausbruch bei Männern, die Sex mit Männern haben

Bereits Mitte November 2016 begann in Berlin ein Krankheitsausbruch von Hepatitis A, der sich in 2017 fortsetzte und im Januar und März seine höchsten Fallzahlen erreichte. Der Ausbruch wurde in Berlin früh erkannt und international kommuniziert.⁵

Das Geschehen in Berlin bettet sich dabei in einen großen europäischen Ausbruch ein, der durch drei in Europa zirkulierende Subtypen des Hepatitis A Genotyps Ia verursacht wird und seit Juni 2016 mehr als 3.800 Fälle zählt.⁶

Insgesamt wurden dem LAGeSo 180 Fälle im Jahr 2017 übermittelt; 145 davon männlich. Zum Vergleich: in den Jahren 2011 bis 2015 waren es im Median 54 Hepatitis A-Erkrankungen, davon lediglich je 12 bei Männern. Der Krankheitsausbruch wurde in Berlin gemeinsam durch das LAGeSo, das RKI und die bezirklichen Gesundheitsämter, in enger Kooperation mit Berliner HIV-Schwerpunktärzten, epidemiologisch untersucht. Die frühzeitig etablierte erweiterte Surveillance zur sexuellen Orientierung der männlichen Fälle zeigte, dass zwei von drei betroffenen Männern angaben, Sex mit Männern (MSM) gehabt zu haben und das auch GPS-basierte Dating Apps für

anonyme Sexualkontakte genutzt wurden. 50 % der betroffenen MSM waren zwischen 28 und 40 Jahre alt mit einem medianen Alter von 31 Jahren. Die meisten Fälle wohnten in Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg.

Das LAGeSo hat während des zweiten Ausbruchspeaks im März 2017 auf international nutzbaren Dating Apps für MSM und mobilen Websites der LGBT(Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender)-Szene über einen Zeitraum von drei Wochen über eine Millionen Online-Anzeigen geschaltet. Diese verlinkten auf eine eigens zum Ausbruch konzipierte Informationsseite des LAGeSo zum Hepatitis A Ausbruch, auf der Informationen zu Hepatitis A (Risikogruppen, Transmissionswege, Impfung) zielgruppengerecht zusammengestellt waren. Des Weiteren wurden im Zuge der Maßnahmen zur Eindämmung des Ausbruchs u.a. mehr als 15.000 Info-Postkarten und 250 Poster in Berliner Clubs, Darkrooms, Gay-Saunas sowie in Cafés und Apotheken in relevanten Kiezen verteilt. Die Poster waren mit sogenannten NFC-(Near field Communicaton)Chips ausgestattet, die eine direkte und schnelle Verbindung von in der Nähe des Posters platzierten Smartphones zur Hepatitis A Informationsseite ermöglichten. Auf dem größten europäischen lesbisch-schwulen Straßenfest im Berliner Motzstraßenkiez im Juli 2017 war das LAGeSo zudem in Kooperation mit dem RKI, den Berliner HIV-Schwerpunktärzten und den Gesundheitsämtern von Berlin mit einem Informationsstand vertreten, der auch eine umfassende Impfberatung anbot. Auf dem Straßenfest hat das LAGeSo zusätzlich eine kurze Umfrage zum Bekanntheitsgrad der durchgeführten Kampagnen durchgeführt. Im Ergebnis gaben 71 % der befragten MSM (n=266) an, von der Kampagne gehört zu haben, von denen sich 20 % aufgrund der Kampagne impfen ließen. Wenngleich nicht repräsentativ, so deutete die Befragung auch auf Wissenslücken in der MSM-

Community und die besondere Verantwortung der Ärzte hin. Jeder Vierte Befragte wusste nicht, dass für ihn eine Impfung gegen Hepatitis A von der Krankenversicherung bezahlt wird und unter denen, die es wussten, hatte nicht einmal jeder zweite diese Information von seiner behandelnden Ärztin/behandelndem Arzt erhalten.

Der Ausbruch setzt sich auch im Jahr 2018 – wenngleich auf geringerem Niveau – weiter fort. Dies unterstreicht, dass das nötige Schutzniveau gegen Hepatitis A in der Berliner MSM-Community noch nicht erreicht ist.

■ **Hepatitis A wird primär fäkal-oral von Mensch zu Mensch übertragen, einschließlich oro-analem Sex (seltener über kontaminierte Lebensmittel oder Wasser).**

■ **Der beste Schutz vor Hepatitis A ist die Impfung. Es gibt eine Indikationsempfehlung der Ständigen Impfkommision am RKI zur Hepatitis A-Impfung für „Personen mit einem Sexualverhalten mit erhöhtem Expositionsrisiko“, z. B. MSM, und wird folglich für diese Personengruppen auch von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt.**

Änderungen des IfSG im Jahr 2017

Am 25. Juli 2017 ist das Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Erkrankungen in Kraft getreten – die umfangreichste Änderung des IfSG seit dessen Einführung. Es schafft die Basis für das zukünftige Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem (DEMIS). Darüber hinaus wurden mit dem Gesetz umfangreiche Änderungen des IfSG vorgenommen, um das bestehende Meldesystem für Infektionskrankheiten bereits vor der Einführung von DEMIS zu verbessern. Die Änderungen haben auch Auswirkungen auf die Mitwirkungspflicht der Ärzte.

Im Rahmen der Ermittlungen der Gesundheitsämter können Befragungen

auch unmittelbar an Ärzte gerichtet werden (§ 25 Abs. 2 IfSG), wenn eine Mitwirkung der betroffenen Person nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist.⁷

Beispielsweise kommt es im Rahmen der Ermittlungen der Gesundheitsämter vor, dass Auskünfte von dritten Personen, insbesondere behandelnden Ärzten, eingeholt werden müssen, z. B. wenn die betroffene Person nicht über das nötige medizinische Fachwissen verfügt oder aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht auskunftsfähig ist. Darüber hinaus soll die Ärztin/der Arzt, der den Erregernachweis in Auftrag gegeben hat, den Melder, i.d.R. das Labor, bei der Erhebung der Angaben für die Meldung unterstützen. Beispielsweise hat die Ärztin/der Arzt dem Meldenden mitzuteilen, ob bei der Untersuchung auf Hepatitis C eine chronische Infektion bei der betroffenen Person bekannt ist.

Zusätzlich wurden die Meldepflichten erweitert, z. B. für alle Nachweise von Hepatitis B-Virus, Hepatitis C-Virus und Hepatitis D-Virus, unabhängig vom klinischen Bild und für Norovirus, unabhängig vom Untersuchungsmaterial. Zudem wird in den §§ 9 – 11 IfSG explizit aufgeführt, dass auch Typisierungsergebnisse (z. B. Serovar) melde- und übermittlungspflichtig sind. Als Meldeinhalte werden nun explizit weitere Angaben aufgeführt, die für die epidemiologische Bewertung der aufgetretenen Infektionskrankheiten von entscheidender Bedeutung sind, z. B. der Impfstatus oder Angaben zur intensivmedizinischen Behandlung (§ 9 IfSG). Weiterführende Informationen zu den Änderungen des IfSG sind im Epidemiologischen Bulletin 31/2017 des RKI aufgeführt.⁷

■ **Die Verpflichtung zur Auskunft gegenüber dem Gesundheitsamt ist nun gesetzlich verankert (§ 25 Abs. 2 IfSG) und hebt die ärztliche Schweigepflicht – für diesen Zweck – auf.**

Zusammenfassung

Das Jahr 2017 war infektionsepidemiologisch geprägt durch hohe Inzidenzen im Bereich der (seltenen) reiseassoziierten Erkrankungen, aber auch der Syphilis und der infektiösen Hepatitiden, wenngleich sich der rückläufige Trend der Hepatitis C fortsetzte. Die hohen Inzidenzen bei den multiresistenten nosokomialen Krankheitserregern lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt, aufgrund der erst kürzlich eingeführten komplexen Meldepflicht sowie ohne Berücksichtigung weiterer Parameter, nicht sinnvoll einordnen. Die Grippewelle der Saison 2016/2017 war stark, auch gemessen an der in dem Zeitraum geschätzten Übersterblichkeit.

Die Meldedaten liefern wichtige deskriptive Basisdaten zum Vorkommen von Infektionskrankheiten, auf deren Grundlage weiterführende Studien durchgeführt werden können. Gleichzeitig soll das Meldesystem den ÖGD in die Lage versetzen, zeitnah Maßnahmen zur Verhinderung der Krankheitsübertragung

Auf einen Blick:

- **Berlin hatte im Jahr 2017 bundesweit die höchsten Inzidenzen v.a. im Bereich der reiseassoziierten Erkrankungen, aber auch bei Hepatitis A, Hepatitis C, Legionellose und der Syphilis.**
- **Durch das Meldesystem konnten 2017 zwei bezirksübergreifende Krankheitsausbrüche erkannt und in der Folge aufgeklärt (Salmonella Virchow) bzw. eine Maßnahmenkampagne zur Verhinderung von Neuerkrankungen (Hepatitis A) durchgeführt werden.**
- **Das IfSG wurde im Jahr 2017 umfangreich angepasst. U.a. ist die Verpflichtung zur Auskunft gegenüber Gesundheitsämtern nun gesetzlich verankert und hebt die ärztliche Schweigepflicht – für diesen Zweck – auf.**

ergreifen zu können. Hierfür ist er auch weiterhin auf die Mitwirkung der klinisch tätigen Ärzte angewiesen, z. B. durch das Einleiten von Untersuchungen zum Erregernachweis, aber auch durch frühzeitiges Benachrichtigen der Gesundheitsämter bei Ausbruchsverdächten.

Anschrift des Verfassers:

PD Dr. Dirk Werber, MSc
Fachgruppe für Infektionsepidemiologie und Meldewesen nach IfSG
Landesamt für Gesundheit und Soziales
Darwinstraße 15
10589 Berlin

Quellen

- 1 Robert Koch-Institut. Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2016/17.
- 2 Faber M, Willrich N, Schemmerer M, et al. Hepatitis E virus seroprevalence, seroincidence and seroreversion in the German adult population. *Journal of viral hepatitis* 2018. doi:10.1111/jvh.12868.
- 3 LAGeSo. Epi-Info. Wochenbericht Meldewoche 48/2017.
- 4 Werber D, King LA, Müller L, et al. Associations of age and sex with the clinical outcome and incubation period of Shiga toxin-producing Escherichia coli O104:H4 infections, 2011. *American journal of epidemiology* 2013; 178: 984–92. doi:10.1093/aje/kwt069.
- 5 Werber D, Michaelis K, Hausner M, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. *Euro Surveill* 2017; 22. doi:10.2807/1560-7917.ES.2017.22.5.30457.
- 6 ECDC. Epidemiological update: hepatitis A outbreak in the EU/EEA mostly affecting men who have sex with men (accessed May 18, 2018).
- 7 Diercke M. Epidemiologisches Bulletin 31/2017. Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, Juli 2017.

BERLINER ÄRZTE

7/2018 55. JAHRGANG

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

- Herausgeber:** Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de
- Redaktion:** Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Ricarda Tümann (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
PD Dr. med. Dietrich Banzer
Dr. med. Regine Held
Michael Janßen
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau
Dorothea Spring
Dr. med. Roland Urban
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2018, gültig ab 01.01.2018.

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

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2018