

BERLINER @ RZTE

06/2020 57. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



digitale medizin

DIE PANDEMIE ALS KATALYSATOR:
VERNETZT AUS DER KRISE

Es ist die Zeit für Veränderungen in der Medizin



Foto: MB Bundesverband

Unser Leben wird nach der COVID-19-Pandemie nicht mehr so sein, wie wir es kannten. Gesellschaftliche, wirtschafts- und bildungspolitische Fragen zur Gestaltung unserer gemeinsamen Zukunft sind heute in Zeiten eines Lock-downs eminenten denn je. In dieser so einzigartigen Zäsur zeigt sich teils in aller Dramatik, wo wir die Vor- und Nachteile in allen Bereichen unseres Zusammenlebens sehen. Dies betrifft auch oder insbesondere unser Gesundheitswesen.

Die COVID-19-Pandemie ist ein Stress-test für unser Gesundheitswesen. In kürzester Zeit mussten wir uns auf neue Herausforderungen einstellen. Routinearbeiten und Organisationsabläufe mussten durch Alternativangebote ersetzt werden. In diesem Umbau zeigte sich für alle mehr als deutlich, dass hierbei digitale Hilfsmittel von besonderer Bedeutung sind. War in den Jahren zuvor oft lange und letztlich ergebnislos über genau diese Anwendungen diskutiert worden, so ist jetzt deren schnelle Einführung sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei Patientinnen und Patienten von hoher Akzeptanz begleitet.

Krankenhäuser vernetzen sich auf digitalem Weg untereinander, um durch einen engen Austausch von Erfahrungen und Expertise die Behandlung von an COVID-19 erkrankten Menschen zu verbessern. Praxen in ganz Berlin implementieren Videosprechstunden. Es bedurfte hierbei keiner großen Überzeugungsarbeit bezüglich eines möglichen Nutzens dieser Anwendungen. Diese hohe Akzeptanz verdeutlicht, dass die

PD Dr. med. Peter Bobbert

ist Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin und u. a. Vorsitzender des Ausschusses „Digitalisierung der Gesundheitsversorgung“ der Bundesärztekammer.

jetzt genutzten digitalen Mittel nach einer COVID-19-Pandemie nicht etwa wieder eingestellt werden. Sie werden bleiben. Die Menschen werden zu Recht diese Angebote und weitere auch zukünftig von uns erwarten. Neue digitale Tools und künstliche Intelligenz werden unsere Arbeit und unsere Medizin fundamental verändern. Nicht alle ärztlichen Leistungen von heute werden Teil unserer Arbeit von morgen sein. Uns muss bewusst sein, dass wir als Medizinerinnen und Mediziner die zukünftige digitale Medizin nicht in der Gesamtheit verstehen werden. Wir werden in der Zukunft keine Informatikerinnen und Informatiker sein müssen, um gute Ärztinnen und Ärzte zu sein. Vielmehr müssen wir wissen, wann und wie wir digitale Hilfsmittel richtig anwenden.

Der digitale Wandel in der Medizin kann nur dann erfolgreich sein, wenn man den Grundsatz wissenschaftlichen Handelns berücksichtigt: Der Nutzen einer Methode muss erwiesen werden. Die Umstellung von analog auf digital nur des Zweckes wegen darf nicht das Ziel sein. Insbesondere muss die ethische Komponente beachtet werden. Auch in einer digitalen Medizin muss der Mensch im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen. Spätestens hier

wird deutlich, dass es nicht erstrebenswert sein wird, zwischen der primär ökonomieorientierten digitalen Welt der Vereinigten Staaten und der primär kollektivorientierten Welt Chinas zu stehen. Die Entwicklung einer eigenständigen, unseren Wertvorstellungen entsprechenden europäischen digitalen Medizin muss unser aller Ziel sein.

Oft wird davon gesprochen, dass wir die Digitalisierung gestalten müssen, weil doch der digitale Zug fährt, ob mit uns oder ohne uns. Dies mag stimmen, doch unsere Einstellung sollte eine andere sein: Wir müssen aus der festen Überzeugung heraus handeln, dass die digitale Medizin die große Chance des Jahrhunderts darstellt, unsere Arbeit und unsere Medizin zum Wohle der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten entscheidend zu verbessern. Genau dieses Potenzial wird uns in der jetzigen Zeit mit allem Nachdruck vor Augen geführt.

Die COVID-19-Pandemie ändert vieles, auch die Sichtweise, wie unsere Medizin aussehen soll und kann. Es ist die Zeit für Veränderungen in der Medizin. Die Digitalisierung wird hierbei eine wichtige Rolle spielen. In diesem entscheidenden Moment wird sich zeigen, ob es uns gelingt, mit Mut und Neugier innovativ die digitale Medizin zu gestalten. Diese Chance müssen wir nutzen!

Ihr PD Dr. med. Peter Bobbert

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Wahl und Anfahrt des richtigen Krankenhauses

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 Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen CIRS 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.

Beispielbericht 1

Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet nach eigener Einschätzung ein 1- bis 2-mal im Quartal auftretendes Ereignis:

Einsatz eines Notarzteinsatzfahrzeugs (NEF) zum Patienten mit Bauchschmerzen. Rettungsdienst war vor Ort. Nach der Versorgung des Patienten (dem Patienten ging es sehr schlecht) sollte ein Krankenhaus mit einem Intensivbett angefahren werden. Es wurde laut der Notfallplattform ein kapazitätsfreies Krankenhaus angezeigt, das den Patienten auch von vorherigen Aufenthalten kannte. Beim Anruf im Krankenhaus wurde eine Aufnahme abgelehnt, da der Patient beim letzten Aufenthalt einen Keim (3MRGN) hatte. Die Leitstelle der Feuerwehr hatte keine personelle Kapazität, ein geeignetes Krankenhaus zu finden.

Beispielbericht 2

Eine Fachpflegekraft berichtet ein erstmaliges Ereignis:

Schwangere Patientin in der 28. SSW mit regelstarken vaginalen Blutungen und Kontraktionen wird sitzend mit dem Rettungswagen in die Rettungsstelle gebracht. Das Krankenhaus verfügt nicht über eine Kinderklinik; Kinderärzte sind nur am Vormittag auf der Entbindungsstation anwesend. Es besteht keine Möglichkeit der Notfallversorgung für Frühgeborene. Die Patientin wird sofort liegend positioniert.

Nach Rücksprache mit den Gynäkologen erfolgt Übernahme in den Kreißaal, dort CTG-Kontrolle und ärztliche Untersuchung. Nach ca. 1,5 Stunden Aufenthalt wird entschieden, dass die Patientin notfallmäßig mit der Feuerwehr in ein Krankenhaus mit Neonatologie verlegt wird.

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

Aus welchen Gründen wird eine Patientin oder ein Patient nicht in das zuständige und geeignete Krankenhaus transportiert bzw. aufgenommen? Dies kann durch die Patientin oder den Patienten selbst (aufgrund ihres bzw. seines Allgemeinzustandes, der Erkrankung oder ihres bzw. seines Wunsches), infolge der Belange des Rettungsdienstes oder des Krankenhauses (zum Beispiel vorhandene Versorgungskompetenz, Bettenkapazität) bedingt sein (siehe auch die Medizinischen Handlungsanweisungen für die Berliner Notfallrettung, <https://www.berliner-feuerwehr.de/fileadmin/bfw/dokumente/Publikationen/Rettungsdienst/Medizinische-Handlungsanweisungen-fuer-die-Notfallrettung-im-Land-Berlin.pdf>). Es kommt auch vor, dass infolge falscher oder fehlender Informationen zur Patientin bzw. zum Patienten oder aufgrund einer unzureichenden Einschätzung der Situation nicht

das geeignete, sondern ein anderes Krankenhaus angefahren wird.

In Berlin wird seit 2018 die webbasierte Plattform IVENA genutzt, der Interdisziplinäre Versorgungsnachweis über freie Bettenkapazitäten, mit dem Rettungsdienst und Krankenhäuser digital miteinander vernetzt sind. Hier werden derzeit die freien Betten in den an der Berliner Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern gemeldet. Zudem erfolgt bislang über IVENA die Zuordnung von Patientinnen und Patienten mit dem Verdacht auf einen akuten Schlaganfall zu einem Krankenhaus. In Kürze soll auch die Steuerung geburtshilflicher Notfälle über IVENA möglich werden. In diesem Jahr (2020) sollen alle Rettungsmittel so ausgestattet werden, dass diese die gemeldeten Kapazitäten jederzeit über IVENA einsehen und alle Patientinnen und Patienten über IVENA gesteuert werden können.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Damit in Zukunft eine Steuerung über die Plattform IVENA erfolgreich erfolgen kann, ist es wichtig, dass die Krankenhäuser ihre Meldungen entsprechend ihrer tatsächlichen Kapazitäten einstellen und aktuell halten. Ungeachtet seiner Bettenkapazitäten ist jedes Notfall-Krankenhaus gesetzlich verpflichtet, eine Ersteinschätzung und -versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten sicherzustellen (§ 27 Abs. 3, LKG). Das gegenseitige Verständnis und Vertrauen für Entscheidungen an dieser Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und Rettungsstelle ist unerlässlich. Um beides zu fördern, können gegenseitige Hospitationen hilfreich sein: Notärztinnen, Notärzte und Rettungsdienstfachpersonal hospitieren in den Rettungsstellen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Rettungsstellen (Fachpflegekräfte und Ärztinnen bzw. Ärzte) im Rettungsdienst.

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

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

EDITORIAL.....

**Es ist die Zeit für
Veränderungen in der Medizin**
Von Peter Bobbert.....3

BERLINERÄRZTE *aktuell*....
.....6

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**COVID-19 und die humanitären
Auswirkungen für Geflüchtete
auf den griechischen Inseln**
*Von Frank Dörner und
Tankred Stöbe.....25*

**Hilfen für Geflüchtete in Zeiten
von Corona**
Von Norbert Mönter.....27

FORTBILDUNG.....

**CIRS ambulant –
Der aktuelle Fall**4

**Der Veranstaltungskalender
der Ärztekammer Berlin**
.....22

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen
März/April 2020**.....24

FEUILLETON.....

**Vor 200 Jahren geboren:
Florence Nightingale**
Von Florian G. Mildenerger.....28

TITELTHEMA



Gekommen, um zu bleiben

COVID-19 zeigt einerseits den Nachholbedarf und andererseits die Möglichkeiten, die die Digitalisierung dem deutschen Gesundheitswesen eröffnet. So wird die Pandemie zu deren Katalysator.....10

**Digitalisierung und Telemedizin – in der Praxis
zunehmend unverzichtbar**
von Dr. Irmgard Landgraf.....12

Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter
von PD Dr. med. Sebastian Kuhn.....15

**Neue Macht vs. alte Macht: Um die Impfgegner zu
schlagen, müssen wir von ihnen lernen**
Ein Essay aus dem British Medical Journal19

Leserbrief zum Interview mit Peter Bobbert (05/2020 S. 23)

Die Ausführungen von Dr. Bobbert möchte ich aus psychiatrischer Sicht um einen mir wesentlich erscheinenden Gesichtspunkt ergänzen, der auf meinen in verschiedenen Obdachloseneinrichtungen gesammelten Erfahrungen beruht.

Es sind nicht nur organisatorische Gründe wie fehlender Versicherungsschutz und Sprachbarrieren, die verantwortlich sind für die schlechte medizinische Versorgung obdachloser Menschen. Wie auch Herr Bobbert erwähnt, befinden sich unter den obdachlosen Menschen viele mit einer psychischen Erkrankung. Im Vordergrund stehen Suchterkrankungen, daneben Persönlichkeitsstörungen und psychotische Störungen, zunehmend auch ältere Menschen mit hirnorganischen Symptomen. Oft führen psychische Gründe wie fehlendes Vertrauen, Scham, Resignation

und fehlendes Krankheitsgefühl – und manchmal auch eine Einschränkung des Urteilsvermögens – dazu, dass ärztliche Behandlung nicht oder nur kurz und notfallmäßig, aber nicht kontinuierlich in Anspruch genommen wird.

Aus meiner Sicht als Psychiater erscheint mir eine Vernetzung von organmedizinischer, psychiatrischer und psychologischer Hilfe mit Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen und Sprachmittler*innen dringend erforderlich. Im Rahmen der Regelversorgung ist angesichts der meist komplexen Problemlagen eine angemessene Betreuung kaum möglich. Nötig wäre die Einrichtung von (sozial-) medizinischen Versorgungszentren, in denen dieser Personenkreis angemessen versorgt werden könnte.

Dr. Norbert Hümbts

Leserbrief zum Editorial von Günther Jonitz (05/2020)

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, insbesondere sehr geehrter Herr Kollege Jonitz,

bestürzt musste ich beim Lesen des Editorials feststellen, dass selbst der Präsident der Ärztekammer Berlin sich vor den Karren des Corona-Irrsinns spannt und in dem Absatz „Worin liegt die Bedrohung?“ nicht mehr zu sagen weiß als: „Die Menge macht's.“

Kein kritisches Wort. Weder zur Verhältnismäßigkeit der getroffenen Maßnahmen inklusive Grundrechtsbeschneidungen im Angesicht der vom Autor selbst bestätigten geringen CFR, noch über die wissenschaftlich-epidemiologischen Pleiten, Pech und Pannen von RKI & Co. Dazu noch Lobhudelei für eine nutzlos ent-

fremdete Messehalle, die keinen einzigen Patienten aufnehmen wird und ein Schulterklopfen für die Ärzteschaft à la Merkl's "Wir schaffen das" ... Tut mir leid, da heben sich mir sämtliche Fußnägel und ich bin bitter enttäuscht, dass auch von dieser Stelle nichts anderes kommt, als in den allabendlichen Talkshows und Sondersendungen des Mainstreams. Erschreckerweise unterbleibt dort weitestgehend eine kritische Diskussion.

Nun bin ich mal gespannt, ob Sie wenigstens diese zulassen und meinen Leserbrief ungekürzt und unkommentiert in Ihrer nächsten Ausgabe abdrucken.

Gesunde Grüße von
Dr. Michael Dahm

Es besteht kein Recht auf Abdruck von Leserzuschriften und auch nicht auf ungekürzte oder unveränderten Abdruck. Die Redaktion korrigiert Rechtschreibfehler und behält sich vor, überlange Sachdarstellungen auf ein abdruckbares Maß zu kürzen.

Vertrauensdiensteanbieter

Der elektronische Arztausweis (eA): Ausgabe jetzt über vier Anbieter möglich

Die Ärztekammer Berlin ist nach dem Berliner Heilberufekammergesetz Herausgeberin des elektronischen Arztausweises; sie arbeitet dabei mit sogenannten Vertrauensdiensteanbietern zusammen. Diese produzieren die Ausweise und liefern sie aus.

© Bundesärztekammer



Zur Erinnerung: Der elektronische Arztausweis ist ein personenbezogener Sichtausweis im Scheckkartenformat mit zusätzlichen elektronischen Funktionen – einer

digitalen Signatur, einer elektronischen Authentifikation sowie einer Funktion zur Ver- und Entschlüsselung von elektronischen Daten. Er ist kostenpflichtig und daher nicht zu verwechseln mit dem kostenfreien Arztausweis (reiner Sichtausweis).

Die Ärztekammer Berlin hat nach dem Beginn der Ausgabe im Jahr 2011 mangels anderer Anbieter zunächst ausschließlich mit der medisign GmbH zusammengearbeitet. Seit Ende 2019 besteht nunmehr eine Kooperation mit der T-Systems GmbH (wir berichteten im Heft 01/2020) sowie seit Mai 2020 mit der D-Trust GmbH, dem Trustcenter der Bundesdruckerei sowie mit der SHC Stolle & Heinz Consultants GmbH & Co. KG. Mit dem Markteintritt der letzten beiden Anbieter elektronischer Arztausweise entsteht eine echte Wettbewerbssituation und so für die Kammermitglieder eine breite Auswahl an Vertragspartnern.

Weitere Informationen zum eArztausweis und zur Herausgabe erhalten Sie auf unserer Website.

Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärztinnen und Ärzten

Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Berlin berät und begleitet Ärztinnen und Ärzte mit problematischem Substanzkonsum professionell und kollegial.

Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung?

Nutzen Sie die Möglichkeit, um mit uns in Kontakt zu kommen: Kontakt-Suchtprogramm@aekb.de

Weitere Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin:

www.aekb.de/suchtintervention/



Zur COVID-19-Krise und zum Umgang damit

Günther Jonitz schreibt im Editorial der Maiausgabe der BERLINER ÄRZTE: „[...] die Menge macht's“ und meint damit, was wir alle gelernt haben: Ziel ist, „Flatten the Curve“ – die Kapazitäten im Gesundheitssystem dürfen zu keinem Zeitpunkt überschritten werden. Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble hingegen erinnert uns daran, dass es im Umgang mit der Corona-Krise womöglich noch andere Kriterien als nur einen in Absolutheit gesetzten „Schutz des Lebens“ gibt. In Talkshows wurde auf unterschiedlichem Niveau diskutiert, was er damit gemeint haben könnte. Aber mit Blick auf die Freiheitsbeschränkungen, die gesundheitlichen Nebenrisiken und Kollateralschäden sowie auf die wirtschaftlichen, kulturellen und existenziellen Verwüstungen, die im Zuge der Pandemiebekämpfung in Kauf genommen werden, muss man sagen: Es ist doch offensichtlich, was er meint. Nämlich: Wir müssen aufpassen, dass wir im Zuge der rein virologischen Schutzmaßnahmen nicht einen viel größeren Gesamtschaden verursachen. Dazu Schäuble: „Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“ Insofern geht es nicht nur um die Menge. Es geht um das Wann und Wie. Und um eine vernünftige Verhältnismäßigkeit: Ist die Würde noch vorhanden, wenn Menschen um ihre Existenz bangen müssen und sie nicht mehr arbeiten können? Ist die Würde gewahrt, wenn wir Enkel und Großeltern voneinander trennen, ohne sie zu fragen, ob sie das wollen? Und wie steht es um die Würde, wenn Milliarden Kinder keine Schulbildung erhalten? Dabei werden zentrale Public Health-Themen und weitere

Determinanten, die die Gesundheit beeinflussen, wenig beachtet: Die Bevölkerung bewegt sich weniger. Sie nimmt zurzeit kollektiv an Gewicht zu. Der Alkoholkonsum ist bis zu 40 Prozent gestiegen. Bildung und sozialer Austausch finden weit weniger statt und das führt wiederum zu Vereinsamung. Existenzängste und weitere psychische Belastungen nehmen zu. Das alles sind Faktoren, die unsere Gesundheit beeinflussen, und zwar möglicherweise in einem stärkeren Maße als es jede Infektionserkrankung jemals schaffen wird. Dramatisch wirkt sich dies bei Kindern aus: Wochenlanges Eingesperrtsein, weniger Bildung, eingeschränkte soziale Kontakte, Aufwachsen mit maskierten und verängstigten Erwachsenen und unlogischen Regeln. Dabei muss man sich auch große Sorgen um Kinderschutz und Kindesmissbrauch machen. Und um eine plötzlich brüchig gewordene medizinische Versorgung: Neudiagnosen bei Krebserkrankungen werden nicht gestellt, Impfungen werden verschoben und sogar Schuleingangsuntersuchungen (ein Meilenstein in der Kontrolle des Entwicklungs- und Gesundheitszustandes) werden abgesagt. Und das nicht nur hier in Deutschland. Kinderhilfsorganisationen auf der ganzen Welt warnen vor den Lockdown-Folgen für die Kinder: noch mehr Hunger, noch mehr Armut und noch weniger Impfungen. Aktuell wurde 80 Prozent weniger Impfstoff verabreicht, weil schlichtweg kein Flugzeug mehr in die entsprechenden Länder fliegt. Die Debatte um die Bewältigung der COVID-19-Pandemie wird oft monothematisch und nicht abschließend geführt. So etwa auch im Zusammenhang mit einer aufwendig zu einer Krankenstation umgebauten Messeh-

alle, die allerdings OHNE Pflegepersonal dasteht. Wie soll das gehen? Ohne Pflege können ernsthaft Kranke nicht gesund werden. Damit sind viele weitreichendere soziale Fragen noch gar nicht gestellt. Was macht es mit uns Menschen, wenn wir gesellschaftlich Abstand nehmen (müssen) und die Länder (selbst in Europa) wieder mehr gegeneinander kämpfen als zusammenzustehen? Was bedeutet es, wenn sich Nachbarinnen und Nachbarn gegenseitig das Ordnungsamt vorbeischieben, weil sich jemand nicht an die Regeln hält?

Aktuell werden die bestehenden Einschränkungen der Freiheit mit dem vermeintlich unantastbaren Recht auf Gesundheit und Leben gerechtfertigt. Dabei spielt der Faktor Angst eine beunruhigend dominante Rolle im Diskurs des Krisenmanagements. Dabei ist Angst doch nie ein guter Ratgeber! Wir können nur hoffen, dass wir eines Tages, wenn die Krise überstanden ist, mit nüchternem Blick und frei von Druck und Angst die Lehren aus dieser Krise ziehen können.

Dr. Susanne von der Heydt

Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin

Verschoben

Der
**9. Fortbildungskongress der
 Ärztekammer Berlin**
 in Kooperation mit der Arzneimittel -
 kommission der deutschen Ärzteschaft
 wurde aufgrund der aktuellen
 Situation auf das kommende
Frühjahr verschoben.

Im Fokus des Netzwerk CIRS Berlin – Die Schnittstelle von Rettungsdienst und Krankenhaus

Die Berliner Notfallrettung wurde im Jahr 2018 zu 390.409 Einsätzen gerufen (Quelle: Berliner Feuerwehr, Jahresbericht 2018). Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten der Notfallrettung wurden stationär aufgenommen. Diesen Übergang der Patientinnen und Patienten von einer Hand in die andere (vom Rettungsdienst ins Krankenhaus) machte das Netzwerk CIRS Berlin zum Fokus seiner dritten Kampagne.

An dieser Schnittstelle sind die Informationen zu Patientinnen und Patienten oft spärlich und damit die Unsicherheit groß. Oder es sind sehr viele Informationen auf einmal zu verarbeiten, sodass der Überblick verloren gehen kann. Der Zustand der Patientinnen und Patienten ist häufig lebensbedrohlich, instabil und er kann sich sehr schnell ändern; beides resultiert in hoher Belastung und Zeitdruck für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Rettungsdienst und Rettungsstellen. Oft sind viele Personen und mehrere Berufsgruppen beteiligt; dies bedeutet einen großen Kommunikationsaufwand. Die Aufgaben aller Beteiligten müssen koordiniert werden sowie Hand in Hand gehen und insbesondere für die Rettungsstellen gilt: Meist müssen viele Personen (gleichzeitig) versorgt werden.

Vor diesem Hintergrund ist verständlich, dass Fehler an dieser Schnittstelle besonders schwere Auswirkungen haben können. Umso wichtiger ist es, mehr über die Fehlerursachen zu erfahren. Im Oktober/November 2019 sollten daher kritische Ereignisse am Übergang der Patientinnen und Patienten vom Rettungsdienst ins Krankenhaus (oder umgekehrt)



© Berliner Feuerwehr

berichtet werden. Neu war, dass sich auch die Berliner Notfallrettung (Berliner Feuerwehr und beteiligte Partner) an der Kampagne beteiligt hat. Durch den Fokus der Kampagne ergaben sich Besonderheiten in Bezug auf die berichteten Ereignisse:

- Über den jeweils anderen Arbeitsbereich bestehen auf beiden Seiten (Rettungsdienst, Krankenhaus) Unsicherheit und meist unzureichende Kenntnisse.
- Im Allgemeinen gilt: Hinweise für Fehler treten oft erst mit zeitlicher Verzögerung in Erscheinung.
- Patientinnen und Patienten werden aus einer Hand in eine andere gegeben (meist vom Rettungsdienst ins Krankenhaus), sodass negative Effekte eher im Krankenhaus identifiziert werden können.

Das bedeutet:

- Die Wahrscheinlichkeit, einen Fehler „aus dem Rettungsdienst“ zu entdecken, ist größer, als dass ein Fehler „aus dem Krankenhaus“ identifiziert wird.

- Die Ursachen werden eher bei den beteiligten Personen gesucht als im System, dessen Strukturen und Prozesse man nicht gut kennt.

29 Ereignisse wurden berichtet, die wir einzelnen Prozessen der Notfallversorgung zugeordnet haben.

- 11 Berichte in Bezug auf die Erst- bzw. Zweiteinschätzung (im Rettungsdienst oder später in der Rettungsstelle)
- 8 Berichte in Bezug auf die Wahl des Krankenhauses bzw. die Fahrt ins Krankenhaus

- 5 Berichte in Bezug auf die Vor-Alarmierung
- 5 Berichte in Bezug auf Übergaben

In einer gemeinsamen Sitzung von Anwender-Forum und dem QM-Team der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst wurden alle vier Risikoschwerpunkte besprochen und Empfehlungen abgeleitet. Berichte über die Ergebnisse zu den Risikoschwerpunkten Wahl des Krankenhauses bzw. Fahrt ins Krankenhaus und Übergaben erhalten Sie in dieser und in der Juliausgabe der „Berliner Ärzte“.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an alle, die die Kampagne durch ihre Berichte unterstützt haben. Wir bedanken uns auch für das Vertrauen ins Netzwerk und in alle Beteiligten, denn ohne dies hätten wir die Kampagne nicht erfolgreich durchführen können.

Veranstungshinweis

„Transfusionsverantwortlicher/ Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot“

nach den Vorgaben 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 Ärztinnen und Ärzte. Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärztinnen und Fachärzte und setzt die Lernziele in Form eines Blended-Learning-Konzeptes mit einem vorbereitenden E-Learning-Anteil von drei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und zwei Präsenztagen mit insgesamt dreizehn 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.

E-Learning: 03. – 30.09.2020 (ca. 3 Std.)

Präsenz-Termine: 01.10.2020 von 13:00 – 18:00 Uhr, 02.10.2020 von 9:00 – 15:30 Uhr

Abschlusstest (Lernerfolgskontrolle): 03.10. – 13.11.2020

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 180 €, Fortbildungspunkte: 16

Information: Regina Drendel, Tel.: 030/40806-1401, E-Mail: R.Drendel@aekb.de

Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Dr. Christoph Richter hat

zum 01.12.2019 die Leitung der Sektion Kardiologie im Bundeswehrkrankenhaus Berlin übernommen. Er tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Sebastian Spethmann an, der als Chefarzt der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Kardiologie an die Medizinische Hochschule des Landes Brandenburg „Theodor Fontane“ nach Neuruppin berufen wurde. Dr. Richter war nach seiner 14-jährigen universitätsmedizinischen Ausbildung und fachärztlichen Tätigkeit in der Inneren Medizin, Kardiologie und Intensivmedizin in der Charité – Universitätsmedizin zu Berlin (Campus Mitte) in den vergangenen zehn Jahren als Oberarzt und ab 2011 als Leiter der Herzkatheterlabore im Helios Klinikum Emil-von-Behring in Berlin-Zehlendorf tätig. Seine klinischen Schwerpunkte umfassen neben der non-invasiven kardiopulmonalen Funktionsdiagnostik vor allem das komplette Spektrum der Interventionellen Kardiologie und die rhythmologischen Device-Implantationen. Dr. Richter ist von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie zertifizierter Interventionskardiologie und besitzt die Zusatzbezeichnung Herzinsuffizienz der DGK.

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: presse@aekb.de

GEKOMMEN, UM ZU BLEIBEN

„Die Digitalisierung ist kein Trend, sondern ein Prozess“, hallte es jahrein, jahraus durch das deutsche Gesundheitswesen. Ein Prozess, der gesundheitspolitisch eher diskutiert als realisiert wurde. Dann kam COVID-19 und mit dem Virus ein Stresstest für das System. Dabei zeigt die Krise zweierlei: einerseits den Nachholbedarf, andererseits die Möglichkeiten, die die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung eröffnet.



Digitale Anwendungen, die bisher wenig Beachtung fanden, erfahren aktuell eine große Nachfrage. Videosprechstunden, Kommunikationsplattformen, Chatbots und Apps ermöglichen Konsultationen und Datenaustausch ohne persönlichen Kontakt und sind deshalb quasi über Nacht zum Mittel der Wahl geworden. Getrieben von der Notwendigkeit haben der GKV-Spitzenverband oder die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) schnell reagiert und unbürokratisch beispielsweise die Begrenzungsregelungen bei Videosprechstunden aufgehoben.

Gleichzeitig bringen zahlreiche Anbieter ihre Lösungen auf den Markt und stellen diese vorerst kostenfrei zur Verfügung. Sie nutzen die Krise, um zu zeigen, dass telemedizinische Lösungen das Infektionsrisiko senken können, Plattformen den Datenaustausch in Echtzeit ermöglichen oder dass sich mithilfe von digitalen Dokumentationssystemen der administrative Aufwand in Praxen und Kliniken deutlich reduzieren lässt. Fast täglich kommen neue Angebote, Projekte und Initiativen hinzu.

Telemedizin – das Instrument der Krise

Durch die Ansteckungsgefahr in Wartezimmern und die ab dem 22. März 2020 bundesweit geltenden Kontaktbeschränkungen ist die virtuelle Betreuung von Patientinnen und Patienten schnell ein Teil der medizinischen Regelversorgung geworden und die Telemedizin wird als das Instrument für die Krise gefeiert. So zertifiziert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mittlerweile Anbieter von Videosprechstunden¹, die Ärztinnen und Ärzten eine Abrechnung dieser ermöglichen. Und entsprechende Dienste – die bis Januar 2020 laut Heilmittelwerbegesetz nicht einmal beworben werden durften – verzeichnen rasant steigende Nutzerzahlen. So meldete beispielsweise Deutschlands Telemedizin-Pionier

„Teleclinic“ einen Anstieg der wöchentlichen Nachfrage nach Videosprechstunden seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie um 50 Prozent.

Die klassische Beratung via Telefon-Hotline ist ebenfalls ein Teil der Telemedizin. Gerade ältere Menschen, die derzeit das Haus nicht verlassen wollen oder können, rufen in Praxen oder bei Hotline-Angeboten an, sodass die KBV, zunächst bis zum 30. Juni 2020, für alle Fachgruppen die Möglichkeit zur ärztlichen und psychotherapeutischen Konsultation per Telefon ausgedehnt hat.

Eine der bekanntesten Formen der Telemedizin sind sogenannte Apps. Während die Bundesregierung lange über den datenschutzkonformen Einsatz einer Corona-Tracing-App zur Nachverfolgung von Infektionsketten diskutierte (Stand: 13.05.2020), nutzen zahlreiche Praxen, Kliniken und Institutionen in ihrem Arbeitsalltag bereits verschiedenste Apps – im Zusammenhang mit COVID-19 und darüber hinaus. Die „Corona-Datenspende“-App² des Robert-Koch-Instituts (RKI) sammelt beispielsweise anonymisiert Vitaldaten wie Pulsfrequenz oder Körpertemperatur, die dem Institut helfen sollen, die regionale Verbreitung des Coronavirus zu verfolgen. Eine ähnliche App habe in den USA „zum Beispiel Grippewellen sehr gut abgebildet.“, so RKI-Chef Lothar Wieler zum Nutzen der App, die innerhalb von 14 Tagen fast 400.000 Mal heruntergeladen wurde. Die App „mRay“ ermöglicht es hingegen, medizinische Bilddaten schnell und sicher auf mobile Endgeräte zu übertragen, sodass Ärztinnen und Ärzte radiologische Bilder unter anderem auch von zu Hause aus befunden können.

Chatbots & Co.

„Wir erleben die Stunde der digitalen Medizin“, heißt es in einer Ausgabe des Spezial-Newsletters Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health. Plötzlich gehe vieles, was vor Wochen

noch undenkbar gewesen sei. Eine Entwicklung, die auch Dr. Henrik Matthies, Managing Director des hih – health innovation hub des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), bestätigt. In seinem Beitrag „Here to stay: Digital health in times of COVID-19 – a German deep dive“³ konstatiert er, dass die Akteure des deutschen Gesundheitssystems die intensiven Diskussionen der vergangenen Jahre brauchten, um nun den digitalen Anwendungen vertrauen zu können. „Während dieser Krise erleben wir spannende Debüts im Bereich der digitalen Gesundheit.“, so Matthies.

Eines dieser Debüts, einen als Medizinprodukt CE-zertifizierten Chatbot, der auf aktuellen wissenschaftlichen

- 1) Eine Übersicht über verschiedene Telemedizin-Anbieter finden Interessierte hier: <https://corona-digital.de/covid-19-telemedizin-als-chance/>
- 2) <https://corona-datenspende.de>
- 3) <https://hih-2025.de/here-to-stay-digital-health-in-times-of-covid-19-a-german-deep-dive/>



Digitalisierung und Telemedizin – in der Praxis zunehmend unverzichtbar

Was Anfang der 1990er Jahre mit der Bezuschussung von Hard- und Software für Arztpraxen begann, ist in der ambulanten Versorgung inzwischen gelebte Praxis. Heute rechnen 100 % der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte digital ab, 73 % der Praxen arbeiten mit digitalen Patientenakten, 60 % der Hausärztinnen und -ärzte nutzen digitale Anwendungen zur Arzneimitteltherapiekontrolle. Elektronisch verfügbare Medikationspläne, E-Arztbriefe, digitale Dokumente und Verordnungen sowie sektorenübergreifend nutzbare Patientenakten erleichtern uns nicht nur die Arbeit, sondern verbessern auch die Versorgungsqualität¹. Trotzdem nutzen wir die Möglichkeiten der Digitalisierung noch viel zu wenig. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland nach einer Studie der Bertelsmann Stiftung zu Digitalisierungsstrategien und -fortschritten unter 17 Ländern nur auf dem vorletzten Platz 16 vor Polen². Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen gibt es immer noch Datenschutzprobleme und Sicherheitslücken in unserer IT-Infrastruktur. Nicht überall sind Internetverbindungen mit der nötigen Geschwindigkeit verfügbar. Außerdem sind die ca. 180 zertifizierten Praxisverwaltungssysteme (PVS) in Deutschland sehr unterschiedlich in ihrem Leistungsangebot. Es fehlen allgemeingültige Standards für sinnvolle, an unserem Bedarf orientierte digitale und telemedizinische Anwendungen. Und es fehlen funktionierende Schnittstellen für die intersektorale und sektorenübergreifende digitale Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten in Kliniken und Praxen. Die Betreuungsqualität



Foto: Salama
Dr. Irmgard Landgraf

durch die Software-Häuser ist sehr verschieden, die damit verbundenen Kosten ebenso. All das bremst den Fortschritt bei Digitalisierung und Telemedizin im Gesundheitswesen ab.

Digitale Vernetzung stellt Versorgung sicher

Dass sich hieran nun schnell etwas ändern muss, erleben wir in der aktuellen Corona-Pandemie. Insbesondere chronisch kranke und ältere Menschen haben zunehmend Angst, trotz ihres hohen ärztlichen Versorgungsbedarfs Arztpraxen oder Apotheken aufzusuchen. Denn sie könnten sich dort oder auf dem Weg dorthin mit SARS-CoV-2 infizieren und lebensbedrohlich erkranken. Pflegeheime sprechen zum Schutz ihrer multimorbiden, zum Teil hochbetagten Bewohnerinnen und Bewohner Besuchsverbote aus und schränken Routine-Besuche der

behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein, um die Gefahr der Einschleppung von COVID-19 zu reduzieren. Umfangreich ärztlich betreut werden müssen diese zur vulnerablen Bevölkerungsgruppe gehörenden Patientinnen und Patienten aber weiterhin. In dieser Situation sind elektronische Akten mit einer guten Übersicht über Medikamenten- und Diagnostikbedarf sowie eine digitale Vernetzung mit Pflegekräften und Apotheken sehr hilfreich und erlauben uns, die Versorgung auch ohne oder mit reduziertem direkten Arzt-Patienten-Kontakt sicherzustellen. Durch den Einsatz von Online-Sprechstunden, die uns PVS-Firmen jetzt während der Pandemie kostenfrei ermöglichen, lässt sich die Versorgungsqualität noch weiter verbessern.

Die derzeitige Corona-Pandemie verursacht viele Probleme. Sie macht aber auch den Bedarf an Telemedizin und digitaler Unterstützung deutlich. Denn es wird sich zeigen, dass diejenigen, die solche Instrumente bereits nutzen, den aktuellen Herausforderungen besser gewachsen sind.

- 1) Praxisbarometer der KBV – Digitalisierung in Praxen 2018
- 2) Aerzteblatt.de – Digital Health: Deutschland auf vorletztem Platz im Ländervergleich, 29.11.18

Dr. Irmgard Landgraf

Fachärztin für Innere Medizin/Hausärztin
Lehrärztin der Charité für das Fach
Allgemeinmedizin

Mitglied der Delegiertenversammlung der
Ärzttekammer Berlin

Vorstandsmitglied des Hausärzterverbandes
Berlin-Brandenburg, im Aktionsbündnis
Patientensicherheit und der Deutschen
Gesellschaft für Telemedizin

Veröffentlichungen sowie Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) basiert und auf Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zurückgreift, bietet das health innovation hub bereits seit März an. Der vom Start-up DOCYET entwickelte „Corona Bot“ kann rund um die Uhr genutzt werden und entlastet die knappen Ressourcen der Beratungsstellen. Nach Beantwortung verschiedener Fragen erhalten Nutzerinnen und Nutzer eine erste Einschätzung zu ihrem Corona-Risiko und personalisierte Hinweise zum richtigen Verhalten.

Ähnlich funktioniert auch die browserbasierte App „CovApp“¹, die die Charité zusammen mit Data4Life, einer gemeinnützigen Initiative der Hasso Plattner Foundation, entwickelt hat. Nutzerinnen und Nutzer können einen Onlinefragebogen ausfüllen und erhalten anhand ihrer Angaben zu Symptomen und möglichen Kontakten konkrete Handlungsempfehlungen und Ansprechpartnerinnen oder -partner sowie eine Zusammenfassung der medizinisch relevanten Informationen für ein etwaiges Arztgespräch. Das Ziel der Software ist es, Menschen sicher durch die verschiedenen Angebote der Gesundheitsversorgung zu lotsen und ihnen zu helfen, die Notwendigkeit eines Arztbesuches oder Coronavirus-Tests besser einschätzen zu können. Praxen und Krankenhäuser, die die CovApp ihren Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen möchten, können diese direkt auf ihrer Website einbinden.

Ebenfalls im März 2020 startete das RKI gemeinsam mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) das DIVI-Intensivregister². Über die Website können deutschlandweit freie Intensivbetten und Beatmungsplätze von Kliniken registriert bzw. abgefragt werden. Programmiert wurde die Online-Plattform innerhalb von 14 Tagen.

Wie beteiligt sich die Politik?

Unerwartet fortschrittlich und digital zeigte sich die Bundesregierung gleich zu Beginn der Krise. Gemeinsam mit sieben sozialen Initiativen veranstaltete sie bereits im März den digitalen Ideenwettbewerb #WirvsVirus³, einen soge-

App

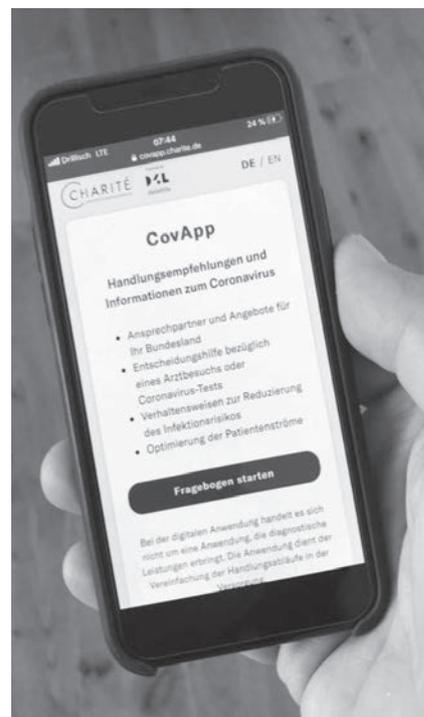
Die Abkürzung App leitet sich von „Application“ ab und meint Anwendungsprogramme. Mit einer App wird der Funktionsumfang eines Geräts erweitert. Von Apps spricht man häufig im Zusammenhang mit Smartphones und anderen mobilen Endgeräten; der Begriff bezieht sich aber auf jede Art von Anwendungssoftware.

ChatBot

Bots sind Programme, die weitgehend automatisch sich wiederholende Aufgaben abarbeiten. Ein Chatbot ist ein Bot, der in Unterhaltungsform mit Menschen interagiert. Die Art der Unterhaltung wird vorab programmiert, das heißt, der Chatbot automatisiert den Interaktionsprozess einer Website mit deren Besucherinnen und Besuchern.

Hackathon

Das Wort setzt sich aus „Hack“ und „Marathon“ zusammen, wobei „Hack“ das englische „to hack“ – „tüfteln“ meint und für tüftelndes Programmieren steht. Hackathons sind ein beliebtes Instrument zur Lösung eines konkreten Problems. Sie sind in der Regel auf einen kurzen Zeitraum von 24 oder 48 Stunden begrenzt, sodass rund um die Uhr gebrainstormt, getüftelt und gearbeitet wird, um kreative Lösungen zu finden und Prototypen zu entwickeln.



nannten Hackathon. Dieser wurde in nur fünf Tagen organisiert und von rund 43.000 Angemeldeten nahmen letztlich 28.361 Personen aus verschiedenen Berufsgruppen teil. In Kleingruppen arbeiteten sie 48 Stunden von Freitagnachmittag bis Sonntagabend an rund 1.500 Lösungsansätzen aus unterschiedlichsten Themenbereichen. Anfang April wurden dann die 20 besten Lösungen, darunter auch sieben aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung, ausgezeichnet. Sie sollen nun in ihrer Weiterentwicklung sowohl von den Organisatorinnen und Organisatoren als auch von der Bundesregierung unterstützt werden.

Und das Gesundheitsministerium?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat die Digitalisierung schon lange vor dem Ausbruch von

1) <https://covapp.charite.de>

2) <https://intensivregister.de>

3) <https://wirsindvirushackathon.org>

COVID-19 auf seine Agenda gesetzt. Seit 2018 treibt er den Ausbau der Telematik-Infrastruktur, die Einführung der elektronischen Patientenakte und die Möglichkeit, digitale Gesundheitsanwendungen per Rezept verschreiben zu lassen, voran. So verabschiedete der Deutsche Bundestag im Dezember 2019 beispielsweise das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). „Ein international beispielloses Gesetz“, so hih-Geschäftsführer Henrik Matthies, „das die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen revolutioniert.“ Es sieht unter anderem vor, dass Ärztinnen und Ärzte ab diesem Sommer DiGAs verschreiben können, die von den gesetzlichen Krankenkassen

erstattet werden. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat das BMG zeitnah eine ganze Reihe von Gesetzen und Verordnungen, zum Beispiel das Gesetzespaket zur Unterstützung des Gesundheitswesens bei der Bewältigung der Corona-Epidemie auf den Weg gebracht.

Gekommen, um zu bleiben

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Corona-Krise einerseits eine steigende Nachfrage und andererseits ein großes Angebot an digitalen Gesundheitslösungen generiert hat. Ohne die Krise hätte es vermutlich noch Monate, wenn nicht sogar Jahre gebraucht, bis die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens und auch die Patientinnen und

Patienten digitale Anwendungen mehrheitlich akzeptieren und in ihren Alltag integrieren. Nun werden vermutlich viele Patientinnen und Patienten künftig erwarten, dass sie zwischen analoger und digitaler Versorgung wählen können.

Für die Ärzteschaft bedeutet diese Entwicklung wiederum, dass digitale Technologien noch schneller und tiefer in ihren Praxis- oder Klinikalltag einziehen werden. So geht es für Ärztinnen und Ärzte nun darum, die generierten Erfahrungen weiterzuentwickeln und die gewonnene Akzeptanz sowie die Kompetenz im Umgang mit den digitalen Möglichkeiten zu verstetigen.

Redaktion BERLINER ÄRZTE

Kommentar

Die Datenhoheit liegt bei den Patientinnen und Patienten

Wir sind uns einig: In Deutschland besteht ein Nachholbedarf im Bereich der Digitalisierung.

Die Corona-Krise hat uns die Möglichkeiten und Chancen der Digitalisierung aufgezeigt. Im Eiltempo wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und von App-Anbietern deren Weiter-

entwicklung forciert. Dies war in der Ausnahmesituation der Pandemie gerechtfertigt. Das gilt auch für weitere Maßnahmen, die im Infektionsschutzgesetz festgelegt sind, um alle Möglichkeiten zum Schutz der Gesundheit und des Lebens auszunutzen. Die Erweiterung des Infektionsschutzgesetzes wurde bereits angestoßen.

Dabei bewegt mich die Sorge, dass Datenschutzprobleme, die schon vor der Krise bestanden, vernachlässigt werden und die Arzt-Patienten-Beziehung auf Dauer leiden könnte.

Thesenpapier aktueller denn je

Erst im Herbst vergangenen Jahres, am 20. September 2019, hat die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin das „Thesenpapier zum Wandel im Gesundheitswesen in Zeiten der Digitalisierung“ des Ausschusses Versorgung

(siehe Website der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de → Über uns → Organisation → Delegiertenversammlung → Resolutionen und politische Statements) einstimmig beschlossen. Jetzt ist der Zeitpunkt, die Entwicklung der vergangenen Wochen unter Beachtung dieses 20-Punkte-Papiers neu zu überdenken.

Ich will keinen Rückschritt, aber es muss verhindert werden, dass die aktuelle Situation „Datengoldgräbern“ in die Hände spielt. Die Datenhoheit liegt bei den Patientinnen und Patienten und auch das Arzt-Patienten-Verhältnis darf nicht unter dem Aspekt fehlender Datensicherheit leiden.

Aber vor allem: Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist ein hohes Gut – eine persönliche Beziehung, die durch digitale Hilfsmittel nur ergänzt, nicht aber ersetzt werden kann!

Dr. Klaus-Peter Spies
Mitglied des Vorstandes der
Ärztekammer Berlin



Foto: K. Friedrich

Dr. Klaus-Peter Spies

Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter

Priv.-Doz. Dr. med. Sebastian Kuhn, MME

Wir befinden uns an einem einzigartigen Punkt in der Geschichte der Medizin, an dem verschiedene digitale Technologien miteinander konvergieren. Daten aus elektronischen Patientenakten, Biosensoren und Smartphone-Apps werden über eine digitale Infrastruktur verbunden und mit künstlicher Intelligenz kombiniert, um die überwältigende Menge an erzeugten Daten zu verstehen. Was vor wenigen Wochen für viele noch wie eine weit entfernte Zukunftsvision schien, wird durch die aktuelle COVID-19-Krise Teil der Versorgungsrealität. Der Wandel hat bereits begonnen und wird zeitnah große Veränderungen mit sich bringen.

Die digitale Transformation bezeichnet somit einen fortlaufenden, in digitalen Technologien begründeten Veränderungsprozess, der die gesamte Gesellschaft, das Gesundheitssystem, die beteiligten Kliniken, Unternehmen, Praxen und Bildungsinstitutionen sowie die Gesundheitsfachberufe und die Ärzteschaft umfasst. Sie ermöglicht, die Einzigartigkeit jeder Patientin und jedes Patienten besser zu erfassen, und bietet das Potenzial, die medizinische Versorgung auf eine rationalere, effizientere und maßgeschneiderte Basis zu bringen. Die digitale Transformation des Gesundheitssystems bringt somit die Möglichkeit der Individualisierung, Präzision und Prävention mit sich. Diese Veränderungen gehen einher mit einer Verdichtung interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie dem stärkeren Einbezug von Patientinnen und Patienten.

Ärztliches Handeln durch die Einführung digitaler Gesundheitstechnologien effektiv weiterzuentwickeln ist ein komplexer Veränderungsprozess. Die Technologie selbst ist dabei nur das Werkzeug der Veränderung, während der effektive Einsatz im Sinne einer besseren Patientenversorgung das Ziel darstellt. Neben einer Kultur der Innovation



PD Dr. med. Sebastian Kuhn

und einer agilen, veränderungsbereiten Ärzteschaft, die den Prozess aktiv mitgestalten möchte, bedarf es insbesondere einer effektiven Zusammenarbeit verschiedener Akteure des Gesundheitssystems, um den Wandel erfolgreich zu gestalten. Denn mit der Digitalisierung der Medizin werden Fragen zur medizinischen Sinnhaftigkeit, zur technologischen Machbarkeit, zur rechtlichen Zulässigkeit und zur ethischen Vertretbarkeit einzelner Lösungen aufgeworfen, die beantwortet werden müssen.

In der Verantwortung jeder einzelnen Ärztin und jedes einzelnen Arztes liegt es, diesen Prozess aktiv zu gestalten, Selbstbestimmung zu fördern, Privatheit durch effektive regulative Prinzipien zu schützen und die medizinische Patientenversorgung zu stärken. Der notwendige Kompetenzerwerb hierzu verlangt eine grundlegende und aktive Auseinandersetzung mit den Kernthemen der digitalen Transformation und den übergeordneten Fertigkeiten. Ärztinnen und Ärzte müssen Kompetenzen erwerben, um den Veränderungsprozess zu verstehen und um neue digitale Behandlungskonzepte einordnen zu

können. Wir müssen praktische Fertigkeiten erlernen und unsere Haltung zur digitalen Medizin reflektieren. Es gilt die aus ärztlicher Sicht für die Patientinnen und Patienten sinnvollen Entwicklungen in der Praxis anzuwenden, Fehlentwicklungen zu erkennen und diese zu meiden. Somit ist es für uns unerlässlich, digitale Kompetenzen und Datenkompetenzen zu erwerben und effektiv in unser ärztliches Handeln zu integrieren.

Effektives Wissen, Fertigkeiten und Haltung

In Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ (2019) und Vorerfahrungen aus dem studentischen Curriculum habe ich das Fortbildungscurriculum „Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter“ als Blended Learning-Unterrichtsveranstaltung (2 ½ Präsenztage kombiniert mit E-Learning | Stand 05/2020) mit einem Umfang von 40 Stunden konzipiert. Die erstmalige Umsetzung erfolgte im Januar/Februar 2020 mit einem interdisziplinären Dozierendenteam in Kooperation mit der Berliner Ärztekammer. Der Folgekurs ist bereits terminiert und wird im November 2020 stattfinden.

Als übergeordnetes Kompetenzziel für die Fortbildung wurde angestrebt, dass nach Absolvieren der Fortbildung die Teilnehmenden in der Lage sein sollen, effektiv Wissen, Fertigkeiten und Haltung bezüglich der digitalen Medizin einzusetzen und in tägliches ärztliches Handeln zu integrieren.

Im Rahmen des Curriculums wurden fünf Schwerpunkte adressiert, die im Weiteren kurz skizziert und mit den kursspezifischen Lernzielen hinterlegt werden:

Digitale Arzt-Patienten-Kommunikation

Die Arzt-Patienten-Interaktion konzentriert sich bisher in erster Linie auf die Behandlung in Präsenz, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor. Der digitale Wandel und insbesondere die Corona-Krise führen jedoch dazu, dass die Fernversorgung in verschiedensten Formen verstärkt genutzt wird. Ärztinnen und Ärzte müssen zunehmend in der Lage sein, Patientinnen und Patienten auch aus der Ferne zu diagnostizieren, zu überwachen und zu behandeln.

Die digitale Arzt-Patienten-Kommunikation kann über verschiedene Wege digital erfolgen, von E-Mails, über Chats bis

zur Videosprechstunde. Für Videosprechstunden sind die Anforderungen hinsichtlich der technischen und fachlichen Anforderungen klar definiert und es besteht eine ausreichende Anzahl an zertifizierten Videodienstbietern sowie eine geregelte Vergütung.

Lernziele:

Die bzw. der Teilnehmende ist in der Lage, die spezifischen Anforderungen persönlicher und elektronischer Kommunikation zu reflektieren sowie Kriterien für angemessenes Verhalten virtueller Arzt-Patienten-Kommunikation auf praktische Beispiele anzuwenden. Sie bzw. er ist fähig, sich sicher in sozialen Netzwerken zu verhalten und

relevante Aspekte der digital vorinformierten Patientinnen und Patienten in ihr bzw. sein ärztliches Handeln zu integrieren.

Digitale Gesundheitsanwendungen und Smart Devices

Aktuell existieren über 100.000 Apps, die einen Gesundheitsbezug angeben. App-basierte Behandlungskonzepte können dazu dienen, Patientinnen und Patienten intensiver in die Behandlung ihrer Erkrankungen einzubinden, indem sie relevante Informationen bereitstellen oder Messwerte generieren, die sie sowohl selbst angezeigt bekommen als auch mit ihrer Ärztin bzw. ihrem Arzt oder ihrer Therapeutin bzw. ihrem The-

Eine Teilnehmerin berichtet:

Daten sind das Gold des 21. Jahrhunderts

Was hat mich zur Teilnahme an der Fortbildung über die „Digitalisierung in der Medizin“ bewogen?

Ich halte das Thema für hochbrisant. Damit teile ich die Einschätzung, dass die digitalen Möglichkeiten in den nächsten Jahren verstärkt Einzug in die medizinischen Praxen halten werden. Von Seiten der politisch Verantwortlichen zur digitalen Vernetzung erlebe ich einen großen Druck (wir zahlen seit Herbst 2019 einen Strafzoll für die „Nicht-Vernetzung“).

War der Kurs ein Gewinn?

Ja! Es wurde ein guter Überblick über die bisher verfügbaren Möglichkeiten wie Apps und Videosprechstunde sowie über den Stand der Vernetzung und zu Künstlicher Intelligenz gegeben.

Gleichzeitig wurden auch die vorhandenen strukturellen Unzulänglichkeiten deutlich gemacht, zum Beispiel

noch nicht geklärte Haftungsfragen, Fragen der Datensicherheit, aber auch der Kompatibilität der PC-Programme. Dem letzten Punkt entspricht zum Beispiel eine alltägliche Erfahrung: Manch einen radiologischen Befund, der auf eine CD gebrannt ist, kann ich mit meinem Programm einsehen, manch anderen eben nicht. Außerdem ist der Informationsnutzen einer fachübergreifenden Vernetzung unübersehbar, denn die Erstellung von Plänen mit sämtlichen Medikamenten eines Patienten ist ohne Vernetzung schlicht nicht durchführbar, auch wenn die Hausärzte damit bereits beauftragt wurden. Auch der schnellere Zugriff auf Untersuchungsergebnisse anderer Fachdisziplinen ist natürlich ein Vorteil.

Was habe ich mitgenommen?

Ich sehe ein großes Problem in der Zusammenführung von vielen verschiedenen Gesundheitsdaten auf

den Servern der Betreiber. Nach allen bisherigen Erfahrungen ist es eine Frage der Zeit, bis diese Daten – egal wie verschlüsselt sie sind – gehackt werden können. Das kann und wird aus meiner Sicht für Menschen mit bestimmten Diagnosen weitreichende Folgen und Nachteile haben, etwa für Menschen mit einer HIV-Erkrankung, Suchtproblematik, psychischen Erkrankung, Krebserkrankung oder einer anderen chronischen Erkrankung. Versicherungen, Banken, große Arbeitgeber und Wohnungsbaugesellschaften haben naturgemäß eine große Begehrlichkeit an diesen Informationen. Die entsprechenden Daten werden über die Vernetzung von Praxen im Gesundheitswesen sehr viel leichter zugänglich. Auch die Betreiber der Server sind Datensammler und werten diese nach ihrem Gutdünken aus. Daher finde ich eine gesellschaftliche Diskussion über diese Aspekte dringend notwendig. Denn: Wo Gold vermutet wird, gibt es auch immer Goldgräber.

Monika Kalkbrenner

Durch die Corona-Krise ist meine Besorgnis, dass sensible Gesundheitsdaten gehackt werden könnten, schon ad absurdum geführt. Wir diskutieren bereits, dass Infektionsdaten (und nicht nur Immunitätsdaten) den Arbeitgebern zur Verfügung gestellt werden. Das macht die Gesamtsituation nicht weniger brisant.

rapeuten teilen. Der Weg in die Routineversorgung wurde mit der Verabschiedung des „Digitale-Versorgung-Gesetz“ im November 2019 geebnet und in der zweiten Jahreshälfte 2020 wird die „App auf Rezept“ Realität. Somit werden künftig von Ärztinnen und Ärzten nicht nur Medikamente und Hilfsmittel, sondern auch Apps verordnet. Bei dieser zunehmenden Flut an Applikationen stellt sich die Herausforderung, sich Überblick zu verschaffen und Grundfertigkeiten zu erwerben, nach welchen Kriterien die Qualität der Apps zu beurteilen ist und wie eine sinnvolle Integration in den ärztlichen Behandlungsablauf unserer Patientinnen und Patienten aussieht.

Lernziele:

Die bzw. der Teilnehmende ist in der Lage, den Nutzen und die Risiken von digitalen Gesundheitsanwendungen („Apps auf Rezept“) und Smart Devices bis zum Abschluss des Moduls kritisch zu bewerten und patientenorientiert anzuwenden. Sie bzw. er beherrscht den Umgang mit Smart Devices und Apps im gesundheitspezifischen Kontext und kann die Einsatzmöglichkeiten, Chancen und Risiken auf Patienten-, Arzt- und Forschungsebene reflektieren.

Telemedizin und Telematik

Unter der Devise „Lasst Daten und nicht Patientinnen und Patienten reisen“ liegt der Nutzen der Telemedizin in der Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität mit Steigerung der Effizienz. Im Rahmen der Corona-Krise wurden aber auch andere Aspekte in den Fokus gerückt, nämlich, dass durch den telemedizinischen Einsatz die Wahrscheinlichkeit einer Infektion von medizinischen Fachkräften sowie anderen Patientinnen und Patienten reduziert werden kann. Die Nutzung telemedizinischer Softwarelösungen zeigte innerhalb des Monats März 2020 eine Steigerung von 4.000 Prozent. Auch im Bereich der Psychotherapie wurde eine umfangreiche Freigabe erteilt und eine Nutzung in der Breite

eingeleitet. Es ist zu erwarten, dass die Telemedizin in den nächsten Jahren weiter expandieren wird und so einen wichtigen Lösungsweg bietet, um u. a. die Versorgung strukturschwacher Regionen zu gewährleisten. Nach Corona wird nicht wie vor Corona sein. Um dauerhaft erfolgreich zu sein und nicht einen Flickenteppich an solitären Anwendungen zu produzieren, wird es notwendig sein, die Telematikinfrastruktur effektiv aufzubauen.

Lernziele:

Die bzw. der Teilnehmende ist in der Lage, telemedizinische Verfahren zu benennen und die Chancen und Risiken der Behandlung nach Abschluss des Moduls zu reflektieren. Sie bzw. er kann Lösungen der Telemedizin patientenorientiert einsetzen und grundlegende Rahmenbedingungen der Gesundheitstelematik und Interoperabilität erläutern.

Gesundheitsdaten

Durch die mittlerweile mehr oder weniger flächendeckende Verfügbarkeit von elektronisch basierten Klinik- oder Praxisinformationssystemen ist die Nutzung dieser zur Normalität geworden. Das deutlich steigende Volumen von patientengenerierten Daten und deren zukünftige Integration in elektronische Patientenakten kann zu einer optimierten Fernbehandlung führen. Grundsätze der Datensicherheit und Datenhoheit werden durch diverse technische und gesetzliche Rahmenbedingungen geregelt. Elementares Wissen über die Prozesse und Funktionsweisen dieser Systeme sind für das Verständnis und die Entwicklung einer professionellen Haltung notwendig. Es ist essenziell, belastbare und rechtlich durchsetzbare Datenschutzprinzipien vorzugeben, die in Einklang mit der Datenschutzverordnung stehen.

Daten müssen somit nicht nur erhoben, analysiert und interpretiert werden. Sie dürfen nicht nur als statistisch

valide und rechtlich sichere Entscheidungs- und Handlungsgrundlage dienen, sondern müssen auch in den Gesamtkontext gesetzt und unter ethischen Aspekten betrachtet werden. Nicht zuletzt bedeutet ein kritischer Umgang mit Gesundheitsdaten auch, die Grenzen der Aussagekraft von datenbasierten Entscheidungen zu begreifen. Welche Erkenntnisse, welche menschlichen Aspekte bleiben uns verschlossen, weil die Antwort auf alle offenen Fragen nicht immer durch quantifizierbare Parameter abgebildet werden kann?

Lernziele:

Die bzw. der Teilnehmende ist in der Lage, die Sammlung und Nutzung von Patientendaten im Spannungsfeld von technischen und ethischen Grundsätzen sowie unter Datenschutz- und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zu bewerten und in medizinischen Kontext zu setzen.

Künstliche Intelligenz (KI) und klinische Entscheidungsunterstützung

KI-Algorithmen werden zunehmend wichtiger, um klinisch nützliche Informationen aus großen Datenmengen und Informationsquellen zu extrahieren. In den kommenden Jahren besteht für Künstliche Intelligenz ein großes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Technologisch basieren viele Anwendungen auf Machine Learning und Deep Learning. Die Entwicklung und Leistungsfähigkeit dieser zwei KI-Formen sind vor allem durch zwei Aspekte beschleunigt worden:

- **Cloud Computing:** Die eskalierende Fähigkeit schnellerer, billigerer und leistungsfähigerer Rechenleistung wurde durch Cloud Computing ermöglicht.
- **Big Data:** Zunehmend wurden und werden große Mengen an Daten verfügbar, die durch neue Berechnungsmethoden analysiert werden.

Mit der fortschreitenden Leistungsfähigkeit dieser Computersysteme werden durch maschinelles Lernen und umfangreich verfügbare Gesundheitsdaten neue Erkenntnisse abgeleitet.

Maschinelles Lernen ist bereits heute bei einzelnen Anwendungsbereichen in der Lage, die diagnostischen Fähigkeiten von Menschen zu übertreffen. Maschinengestützte Warnsysteme werden im ambulanten wie auch stationären Sektor medizinische Fachkräfte bei der Überwachung von kritischen Patientinnen und Patienten unterstützen, wie dies für die Vorhersage einer Nierenschädigung oder in der Sepsistherapie bereits gezeigt werden konnte. Deep Learning-Technologien haben im vergangenen Jahr bereits bei einer Reihe von medizinischen Bildanalysen, etwa beim radiologischen Screening auf Brustkrebs, bei der Hautkrebserkennung oder bei der Detektion von Retinopathien, Expertenniveau gezeigt. Während aktuell vor allem die Radiologie und Pathologie die häufigsten aufgeführten Gebiete sind, ist der Einfluss auf alle Fachgebiete der Medizin in den kommenden Jahren absehbar.

KI-Anwendungen werden so in die ärztlichen Arbeitsabläufe integriert, dass hierbei einzelne Schritte, die derzeit von Menschen geleistet werden, durch Maschinen ersetzt werden können. Dieses hybride Arbeitsmodell beschreibt eine durch Technologie augmentierte menschliche Leistung. In den nächsten Jahren wird die Ärzteschaft gemeinsam definieren müssen, wo und in welcher Form KI in der klinischen Routine einen echten Mehrwert für Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten sowie das Gesundheitssystem im Gesamten bringen kann. Ethische und rechtliche Fragen der Anwendung müssen hierbei eindeutig definiert sein.

Lernziele:

Die bzw. der Teilnehmende ist in der Lage, klinische Assistenzsysteme basierend auf künstlicher Intelligenz in die ärztliche Behandlung einzuordnen und anzuwenden. Sie bzw. er ist sich der zunehmenden Bedeutung der Mensch-Maschine-Interaktion bewusst und kann neben dem Nutzen auch kritische Aspekte reflektieren.

Transformation durch Bildung und Kooperation

Das Curriculum „Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter“ verfolgt den Ansatz, die digitale Transformation der Medizin interdisziplinär und interaktiv abzubilden. Neben der Teilkompetenz „Wissen“ und „Fertigkeiten“ liegt hierbei ein Schwerpunkt auf dem Aspekt „Haltung“. Hierbei ist es essenziell, den Ärztinnen und Ärzten den Zugang nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch greifbar zu machen. Die in der medizinischen Fort- und Weiterbildung vielerorts praktizierte Kluft zwischen Theorie und Praxis führt zu einer Kluft zwischen Wissen und Handeln. Komplexe Ausgangsprobleme, Authentizität, multiple Perspektiven, Artikulation und Reflexion sowie Ler-

nen im sozialen Austausch gelten als die Gestaltungsgrundsätze für ein situiertes Lehrkonzept, das Handlungskompetenz vermittelt.

Die Digitalisierung bietet Chancen und Risiken. Es ist zu hoffen, dass die Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten durch die Digitalisierung gestärkt wird und diese mehr Verantwortung und Kontrolle für ihre Gesundheit erlangen. Ebenso ist ein Ziel, dass hierbei ein partnerschaftliches Verhältnis und eine gestärkte Arzt-Patienten-Interaktion entstehen.

Im Rahmen des Transformationsprozesses ist es wesentlich, dass verschiedene Personengruppen beteiligt werden, in Interaktion treten und unterschiedliche Sichtweisen austauschen. Patientinnen und Patienten, Gesundheitsberufe sowie Ärztinnen und Ärzte, aber auch Informatikerinnen und Informatiker, Datenschützerinnen und Datenschützer sowie Ethikerinnen und Ethiker sind hierbei wichtige Partner. Hierdurch kann ein gemeinsames Verständnis entstehen – ein geteiltes mentales Modell. Wir müssen die Medizin der Zukunft aktiv mitgestalten. Die Qualifizierung der Ärzteschaft ist dabei der Schlüssel zum Erfolg!

Präsenz-Termine

Fr. 06.11.2020 von 09:00 – 17:00 Uhr
Sa. 07.11.2020 von 09:00 – 13:00 Uhr
Fr. 27.11.2020 von 09:00 – 17:00 Uhr

E-Learning und Projektarbeit:

07. – 22.11.2020
(Umfang ca. 13 Zeitstunden)

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr.16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 950 €

Fortbildungspunkte: 40 Punkte

Informationen und Anmeldung:
www.aekb.de/kompetent-digital.



Neue Macht vs. alte Macht: Um die Impfgegner zu schlagen, müssen wir von ihnen lernen

Ein Essay von Kathryn Perera, Henry Timms und Jeremy Heimans

BMJ 2019; 367 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l6447> (erschieden am 21. November 2019)

Medizinische Fachkräfte sind in den Institutionen der alten Macht, der „Old Power“, groß geworden, aber nur indem wir verstehen, wie die neue Macht, die „New Power“, funktioniert, können wir angemessen auf die in den sozialen Medien verbreiteten Narrative der Impfgegnerinnen und -gegner reagieren, meinen Kathryn Perera, Henry Timms und Jeremy Heimans.

Shanelle Cartwright ist 20 Jahre alt, Mutter von zwei kleinen Kindern und Social Media-Influencerin. Ihr persönliches Instagram-Profil hat 7.000 Follower. Weitere Zehntausende lesen und teilen ihre Empfehlungen für einen „gesunden Lebensstil“, die sie in Blogs und Online-Interviews propagiert.

Als Frau eines bekannten Rugby League-Spielers nutzt Cartwright ihre weltweite Bekanntheit, um Botschaften gegen das Impfen zu verbreiten. Manche kommen als „Informationsbeiträge“ daher, in anderen zitiert Cartwright beispielsweise aus den Büchern von Suzanne Humphries, einer US-amerikanischen Nephrologin und bekannten Stimme aus dem Lager der Impfgegnerinnen und -gegner.

Wieder andere Beiträge sind sehr privat. Sie lassen die virtuelle Community am Erziehungskonzept von Cartwright teilhaben, ergänzt durch Fotos der jungen Familie. In einer kürzlich veröffentlichten Reihe von Posts erläutert Cartwright beispielsweise, warum sie sich gegen die Impfung ihrer Kinder entschieden hat. Dabei führt sie ihre eigenen Erfahrungen mit dem Auftreten von „Allergien und Autoimmunerkrankungen“ infolge von Impfungen an, die eine „(seeehr) langsame Heilung“ zur Folge hatten.

In ihrem am häufigsten geteilten Post erklärt Cartwright, dass sie ihre Kinder eher zu Hause unterrichten würde, als sich dem Druck von Ärztinnen und Ärzten oder Behörden zu beugen, ihre Kinder impfen zu lassen.

Strengere Regeln bei Instagram & Co

Facebook, zu dem Instagram gehört, führte kürzlich strengere Regeln für Nutzerinnen und Nutzer ein, die impfkritische Inhalte teilen. Entsprechend kam es bei Influencer-Profilen wie dem von Cartwright zu

Einschränkungen. Und dennoch helfen solche Einzelmaßnahmen wenig, wenn es darum geht, den Aufstieg von sich selbst organisierenden Netzwerken, die die schnelle, weltweite Verbreitung von Botschaften gegen das Impfen forcieren, aufzuhalten.

Die Beweggründe der verschiedenen Gruppierungen sind sehr unterschiedlich. Manche werden von einer allgemeinen Skepsis gegenüber den Wissenschaften getrieben oder sehen ihre persönliche Freiheit in Gefahr: „Ich weiß selbst am besten, was gut für mein Kind ist.“ Andere möchten möglichst „natürlich“ leben – und ziehen homöopathische Mittel einer Impfung vor. Wieder andere befördern allgemeine Verschwörungstheorien: „Regierungen ‚verschweigen‘ Informationen, die unserer Meinung nach Fakten sind.“

Mit jedem Teilen werden die Inhalte von den und für die verschiedenen Gruppen angepasst und ausgebaut. Sobald eine Plattform neue Regeln einführt, werden die Inhalte einfach auf andere Online-Plattformen überführt oder in beschränkt zugängliche Bereiche wie WhatsApp-Gruppen ausgelagert.

Das alles hat erhebliche Auswirkungen. Natürlich ist auch der Zugang zu Impfungen entscheidend¹, aber im Jahr 2019 hat die Weltgesundheitsorganisation WHO die „Impfzurückhaltung“ in die Liste der zehn größten Bedrohungen für die globale Gesundheit aufgenommen.² Die schnelle, selbstorganisierte Verbreitung von Inhalten gegen das Impfen befeuert Impfgegnerinnen und -gegner und schafft die Bedingungen, unter denen aus einer Impfskepsis ein zunehmendes Problem für die öffentliche Gesundheit wird.

Im Gegensatz zu früheren Jahrzehnten stößt diese Verbreitung nicht an geografische Grenzen. Die globale Reichweite der Kommunikationsnetzwerke hat dazu geführt, dass sich in geografisch abgetrennten Räumen „Inseln“ der Impfzurückhaltung (mit den damit einhergehenden geringeren Impfraten) bilden konnten. Ein alarmierender Wiederanstieg der potenziell tödlichen Masernerkrankung in Ländern, in denen der Impfstoff leicht zugänglich ist, hat die WHO zu einem Aufruf zu „dringlichen Maßnahmen“ veranlasst.³ Dieser Wiederanstieg betrifft auch Großbritannien, das den Status als masernfrei verloren hat (ebenso wie drei weitere europäische Länder: Albanien, die Tschechische Republik und Griechenland).

Neue Macht vs. alte Macht: Um die Impfgegner zu schlagen, müssen wir von ihnen lernen

Die Frage lautet: Wie kann diese Verbreitung bekämpft werden?

Der Erfolg von Influencerinnen und Influencern wie Shanelle Cartwright verdankt sich nicht alleine den sozialen Medien. Vielmehr geht es darum, wie sich Ideen verbreiten und wie die Technik diese rasche Verbreitung begünstigt; wie jede beliebige Community schnell wachsen und sich „wie ein Geschwür“ ausbreiten kann, und um die Macht, die Personen wie Cartwright dabei erlangen. Um wirkungsvoll und mit den von der WHO geforderten „dringlichen Maßnahmen“ reagieren zu können, müssen wir diese heute relevante Verschiebung der Macht anerkennen.

Und im Grunde ist uns diese weltweite Machtverschiebung auch bewusst: Wir sehen, wie Start-ups die Unternehmenslandschaft auf den Kopf stellen. Wir sehen, wie politische Kräfte aufsteigen und einzelne Personen völlig unerwartet in Ämter gelangen. Und wir sehen, wie zuvor verlässliche Institutionen wanken und einstürzen. Wir erleben einen grundlegenden Wandel, der durch eine wachsende Spannung zwischen zwei gegensätzlichen Kräften getrieben wird: der alten und der neuen Macht.

Old Power und New Power

Die alte Macht funktioniert wie eine Währung: Nur wenige verfügen darüber. Wer sie einmal erlangt hat, wacht sorgfältig darüber, und die Mächtigen haben eine beträchtliche Menge davon, die sie nach Bedarf einsetzen können. Sie ist geschlossen, unzugänglich und hierarchisch. Sie beruht auf Konsum und ist vereinnahmend.

Die neue Macht hingegen folgt anderen Regeln; denen eines Stroms: Sie wirkt durch viele. Sie ist offen, partizipativ und beruht auf Gleichrangigkeit. Sie stützt sich auf die Beiträge vieler und auf Verteilung. Genau wie Wasser oder Elektrizität ist sie am kraftvollsten, wenn sie fließt. Die neue Macht erlangt ihre Stärke nicht durch Anhäufung, sondern durch Kanalisierung.

Stimmen wie die von Cartwright haben Gewicht, weil sie diese neue Macht wirkungsvoll und schnell zu nutzen wissen. Impfskeptikerinnen und -skeptiker gibt es schon so lange wie das Impfen selbst. Doch ihre Fähigkeit, die Macht im Zusammenhang mit diesem Gegennarrativ zu organisieren und zu nutzen, ist beispiellos. Die einflussreichsten Impfgegnerinnen und -gegner haben nicht das Fachwissen oder die Professionalität der Old-Power-Welt. Aber sie besitzen die New-Power-Werkzeuge, um ihre Botschaft effektiv zu verbreiten.

Für viele medizinische Fachkräfte liegt die Herausforderung darin, in einem System groß geworden zu sein – und eine Karriere aufgebaut zu haben –, das genau diametral zur Vorgehensweise von

Cartwright und ihren Mitstreitenden agiert. Im Gesundheitswesen liegt die Macht weiterhin in einem geschlossenen Zirkel: Du bist, was du anhäufen kannst. Fachwissen wird von oben nach unten weitergegeben. Das ewige Stereotyp von Ärztinnen und Ärzten mit ihren unleserlichen, in unverständlicher Sprache verfassten Rezepten, die am besten wissen, was ihre Patientinnen und Patienten benötigen, hat etwas Wahres: Die meisten medizinischen Institutionen basieren auf den alten Machtstrukturen und -vorstellungen.

Diese Strukturen werden erkennbar, wenn etablierte Anbieter von Gesundheitsinformationen versuchen, die Behauptungen der Impfgegnerinnen und -gegner zu entkräften. Diese Angebote sind entweder reine Faktensammlungen oder verweisen auf wissenschaftliche Belege, um die Behauptungen der Impfgegnerinnen und -gegner zu widerlegen. Doch mit keinem dieser Ansätze erreichen sie den emotionalen Kern, der diesen impfkritischen Einstellungen zugrunde liegt. Entsprechend betonen bekannte Impfbefürworterinnen und -befürworter wie Heidi Larson, Leiterin des britischen Vaccine Confidence Project, dass eine weitere rein faktische Behandlung des Themas Impfskeptikerinnen und -skeptiker zu Impfgegnerinnen und -gegnern machen kann, da ihre Bedenken nicht gewürdigt werden.⁴

Um die Impfgegnerinnen und -gegner schlagen zu können, müssen wir zunächst von ihnen lernen. Ganz gleich, ob Sie als Ärztin oder Arzt lokal für Impfungen werben, im öffentlichen Gesundheitswesen arbeiten oder sich als Bürgerin oder Bürger für das Thema interessieren, hier finden Sie drei wichtige Schritte für den erfolgreichen Einstieg.

Lektion 1: Zusammenhänge schaffen, nicht Inhalte

Funktionierende Communitys der neuen Macht bieten ihren Mitgliedern eine aufrichtige Interessenvertretung. Sie liefern den Menschen einen Kontext, in dem sie mehr als nur konsumieren können.

Die aktuelle Anti-Impf-Bewegung in Großbritannien geht auf den ehemaligen britischen Arzt und Wissenschaftler Andrew Wakefield zurück. Mit falschen und mittlerweile widerlegten Forschungsergebnissen (die Veröffentlichung wurde von Lancet zurückgezogen und die meisten Co-Autorinnen und -Autoren distanzieren sich)⁵ gab er Anlass für die Entstehung von mehr als 100 Facebook-Gruppen, die durch Laien moderiert werden. Jede einzelne dieser Gruppen unterstützt, stärkt und personalisiert unabhängig voneinander die Botschaft gegen das Impfen. Diese Botschaft wird jedoch nicht von Wakefield „gesteuert“; ihre Resonanz ist gerade deshalb so

enorm. Wir benötigen viele derartige, selbstorganisierte, dezentrale Netzwerke aufseiten der Impfbefürworterinnen und -befürworter. Eine unpersönliche Broschüre im Wartezimmer kann nicht mit diesen dezentralen, unendlich anpassbaren Botschaften mithalten.

Lektion 2: Im narrativen Gefecht nicht mit Fakten kontern

Ärztinnen und Ärzte sowie Expertinnen und Experten können sich mit Whitepapers, begutachteten Studien und Symposien wappnen; aber wenn das unsere einzigen Waffen sind, werden wir nicht weit kommen. In Zeiten eines wachsenden Misstrauens uns gegenüber ist eine „Wir wissen es besser“-Einstellung kontraproduktiv.

Wer zur Impfung ermuntern möchte, muss die Geschichten aufgreifen und weiter erzählen, die aus dem wahren Leben stammen und den tatsächlichen Erfahrungen der Menschen in ihrem jeweiligen Umfeld entsprechen (und ganz zu Anfang: ein Ohr für diese Geschichten haben). Es ist kein Zufall, dass der Klimaschutz gegenwärtig am erfolgreichsten durch die improvisierten Handlungen und Geschichten einer 16-Jährigen repräsentiert wird, und nicht durch die strategischen Pläne einer seit Generationen bestehenden Institution.

Lektion 3: Nicht Old Power vs. New Power, sondern Old Power + New Power

Es geht nicht um die Frage, ob die alte Macht „schlecht“ und die neue Macht „gut“ ist. Um voranzukommen, benötigen wir unbedingt Fachwissen, Professionalität und die damit verbundenen Institutionen. Doch während unsere etablierten Institutionen in der Öffentlichkeit nur zaghaft New-Power-Taktiken einsetzen, gewinnt der in den New-Power-Netzwerken unter Gleichgestellten verbreitete impfskeptische Diskurs an Bedeutung, Einfluss und Schlagkraft. Bis heute haben es die Impfbefürworterinnen und 1-befürworter nicht geschafft, ihr Narrativ in einer Art und Weise zu vermitteln, die die Menschen anspricht und sich dadurch verbreitet. Dies ist besonders jetzt von Bedeutung, da die Impfgegnerinnen und -gegner zunehmend auch klassische Old-Power-Methoden wie die Lobbyarbeit zu beherrschen beginnen. Sie wissen mittlerweile um die Effektivität, die sich aus der Kombination von neuer und alter Macht ergibt.

Es ist einfach, an der impfkritischen Bewegung zu verzweifeln, sie zu kritisieren und fortzuwünschen. Aber der Erfolg dieser Bewegung beruht auf Taktiken und Herangehensweisen, die wir gegen sie verwenden können und sollten. Dies erfordert Unerschrockenheit bei den Führungskräften im Gesundheitswesen, neue Denk-

weisen der Verantwortlichen für die öffentliche Gesundheit und ein systemübergreifendes Ausprobieren. Das richtige Rezept für das Gesundheitswesen sollte eine tägliche Dosis New Power sein.

Zu den Personen

Kathryn Perera ist die Direktorin von NHS Horizons, eines britischen Expertenteams zur Förderung der Umsetzung umfassender Veränderungen im Gesundheitswesen. Dabei nutzt NHS Horizons Methoden aus sozialen Bewegungen und Kampagnen, um das Tempo der Veränderungen in den wichtigsten Bereichen des NHS-Langzeitplans zu beschleunigen. Die Konzepte der „New Power“ fanden Einzug in ihre Arbeit, als sie die virtuelle School for Change Agents (www.futurelearn.com/courses/school-for-change-agents) co-moderierte, den erfolgreichsten kostenlosen Online-Kurs des NHS.

Henry Timms und Jeremy Heimans sind die Autoren des New York Times-Bestsellers „Die neuen Mächte – New Power: Warum vernetzte Ideen und Bewegungen die alten Machtstrukturen verändern – und wie wir dies für uns nutzen können“ (2018). Sie schreiben regelmäßig darüber, wie moderne Graswurzelbewegungen Fuß fassen und sich entfalten.

Herkunfts- und Begutachtungsangaben:

Auftragsartikel; extern begutachtet.

Interessenkonflikt:

Die Autoren haben die BMJ-Richtlinie zur Erklärung möglicher Interessenkonflikte gelesen und verstanden und geben keine relevanten Konflikte an.

© BMJ Publishing Group Ltd.

Literaturhinweise

- 1 Mahase E. Vaccines: poor access and fragmented healthcare could be behind falling uptake, says watchdog. *BMJ* 2019; 367: l6211. doi:10.1136/bmj.l6211 pmid:31653615.
- 2 WHO. Ten threats to global health in 2019. www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019.
- 3 WHO. WHO urges investments to stop measles transmission in Europe. 24. September 2019. www.euro.who.int/en/health-topics/emergencies/pages/news/news/2019/9/who-urges-investments-to-stop-measles-transmission-in-europe.
- 4 London International Development Centre. A conversation about the current state of vaccines with Heidi Larson. 27. Juli 2018. <https://lidc.ac.uk/vaccines-heidi-larson>.
- 5 Retraction-ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 2010;375:445. doi:10.1016/S0140-6736(10)60175-4 pmid:20137807.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
29.08. und 02.09.2020 (unter Vorbehalt)	„Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e. V. Dorothea Sautter, M.Sc. Psych, Rona Torenz, M.A. Gender M.A. ASW Tel.: 030/27595353 E-Mail: torenz@signal-intervision.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	8 (29.08.2020) 4 (02.09.2020)
25. – 26.09.2020	Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Martin Karadag Tel.: 030/40806-1218 E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de Teilnehmerentgelt: 280 € Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de	12
E-Learning: 03.09 – 30.09.2020 Präsenz: 01.10. – 02.10.2020 LEK: 03.10. – 13.11.2020	„Transfusionsverantwortlicher/ Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Regina Drendel Tel.: 030/40806-1401 Fax: 030/40806-551401 E-Mail: R.Drendel@aekb.de	16
E-Learning: 02.11.2020 – 29.11.2020 Präsenz: 03.12. – 05.12.2020	Gesundheitsförderung und Prävention – strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: M.Nehrkorn@aekb.de Anmeldung: Tel.: 030/40806-1404 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de Teilnehmerentgelt: 495 €	32
Präsenz I: 06.11. – 07.11.2020 Präsenz II: 27.11.2020 E-Learning: 07.11. – 22.11.2020	Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ (2019)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: M.Nehrkorn@aekb.de Anmeldung: Tel.: 030/40806-1404 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de Teilnehmerentgelt: 950 €	40
26.10. – 28.10.2020	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	24
28.10. – 30.10.2020	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20
12.12.2020	Impfungen in der Praxis	Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1206 E-Mail: D.Buenning@aekb.de Teilnehmerentgelt: 100 €	8
01.03.2020 – 28.02.2021	STEMI Einfach erkennen in Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V.	Lernplattform der Ärztekammer Berlin Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Sabrina Cholch-Beyaztas und Martin Karadag Tel.: 030/40806-1217 oder -1218 E-Mail: stemi@aekb.de Teilnehmerentgelt: 30 € (Teilnehmende aus Berlin, Oberhavel und Havelland wenden sich vor der Buchung bitte an ihre ärztlichen Stützpunktleiter.) Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de	2

Gesundheitsförderung und Prävention –

strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

Die heute vorherrschenden chronischen Krankheiten sind das Ergebnis eines langfristigen Zusammenspiels biologischer, psychologischer, sozialer sowie umweltbezogener Faktoren. Um ihre Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren bzw. ihre Entstehung auf einen späteren Zeitpunkt im Lebenslauf zurückzudrängen oder auch Krankheitsverläufe aufzuhalten, müssen möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Erkennung und Beeinflussung determinierender Faktoren unternommen werden.

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

E-Learning:	02.11.2020 – 29.11.2020 (6 Std.)
Präsenz-Termine:	Do. 03.12.2020, 09:00 – 17:00 Uhr Fr. 04.12.2020, 09:00 – 17:00 Uhr Sa. 05.12.2020, 09:00 – 13:00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 495 €
Fortbildungspunkte: 32 Punkte
Informationen: www.aekb.de/gesundheitsfoerderung
Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

TABAKENTWÖHNUNG

nach dem Curriculum Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung incl. Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm der Bundesärztekammer (03/2019)
in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP

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

Präsenz-Termine:	Fr, 22.01.2021, 14:00 – 18:00 Uhr Sa, 23.01.2021, 08:00 – 16:30 Uhr Fr, 12.02.2021, 14:00 – 18:00 Uhr Sa, 13.02.2021, 08:00 – 16:30 Uhr Fr, 05.03.2021, 08:00 – 16:30 Uhr
E-Learning:	23.01.2021 – 07.02.2021 (ca. 1 Std.) 13.02.2021 – 28.02.2021 (ca. 3 Std.)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 595,00 €
485,00 € (DGP-Mitglieder)
Fortbildungspunkte: 42 Punkte
Informationen und Anmeldung: www.aekb.de/tabakentwoehnung

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 für praxisrelevante Fragen.

Termin: 12.12.2020, 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 in 10115 Berlin
Teilnehmerentgelt: 100 €
Fortbildungspunkte: 8 Punkte
Informationen und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1206, E-Mail: D.Buenning@aekb.de

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

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 550,00 € und umfasst ebenfalls die Hospitation in der Praxis. Die Hospitation darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnehmerentgelts erfolgen.

Termine (9 Stunden Theoriekurs): jeweils mittwochs 17:00 – 19:30 Uhr
30.09.2020 – Thema „Prävention“
04.11.2020 – Thema „Häufige Vorstellungsanlässe“
09.12.2020 – Thema „Schwere akute Erkrankungen / Notfälle“
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203; E-Mail: A.Hellert@aekb.de

Refresherkurs „Medizinische Begutachtung“

Schon häufig von Absolventen des Gutachterkurses gewünscht, bietet die Ärztekammer Berlin bereits zum zweiten Mal einen Auffrischkurs für Fragen der Medizinischen Begutachtung an. Dieser ist die ideale Ergänzung zur Strukturierten Curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer, die seit 2004 das Fortbildungsprogramm der ÄKB bereichert. Der Kurs behandelt praktische Probleme der Begutachtung. Im Mittelpunkt stehen Kasuistiken, die ausführlich diskutiert werden sollen. Den Fragen der Teilnehmenden soll der meiste Raum gegeben werden. Dies lässt sich am besten an Hand konkreter Beispiele erörtern. Aus diesem Grund ist jeder Kursteilnehmer herzlich eingeladen, auch eigene Kasuistiken beizutragen. Vorträge über aktuelle Themen ergänzen das Programm.

Termin: 25.09.2020 vorauss. von 13:00 – 19:00 Uhr
26.09.2020 vorauss. von 09:00 – 13:15 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 280 €
Fortbildungspunkte: 12 Punkte
Informationen: Martin Karadag, Tel.: 030/40806-1218, E-Mail: Gutachterkurs@aekb.de
Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

Seit dem 16. März 2020 ist der Publikumsverkehr der Ärztekammer Berlin auf ein Minimum reduziert. Prüfungen zu vielen ersten Facharztanerkennungen und zu einzelnen essenziellen Zusatzbezeichnungen finden statt, solange eine ausreichende Zahl von Prüferinnen und Prüfern in der Lage und willens ist, Prüfungen für die jeweilige Bezeichnung abzunehmen. Diese finden in großen, gut belüfteten Räumen unter Wahrung der empfohlenen Abstände statt. Wir danken allen Prüferinnen und Prüfern, die es möglich gemacht haben, diese Prüfungen durchzuführen!

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen März und April 2020 *

Name Antragssteller	WbO Beschreibung	Prüfungs- Entscheidungs- datum	Name Antragssteller	WbO Beschreibung	Prüfungs- Entscheidungs- datum
Dr. med. Janina Agoston	FA Innere Medizin	26.03.2020	Dr. med. Karsten Lesemann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.03.2020
Abdulla Alharbi	FA Innere Medizin	25.03.2020	Maika Lischewski	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.04.2020
Amer Alharbi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.04.2020	Dr. med. Antonia Maaß	FA Neurologie	23.03.2020
Zaid Almustafa	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.04.2020	Tim Marahiel	FA Allgemeinmedizin	01.04.2020
Dr. med. Thomas Auer	FA Innere Medizin	28.04.2020	Natalie Medrano	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25.03.2020
Dr. med. Daniela Berg	FA Anästhesiologie	27.04.2020	Ali Moussa	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.03.2020
Eva Bichmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.03.2020	Dr. med. Angelina Mumme	FA Innere Medizin	12.03.2020
Dr. med. Felicitas Bieneck	FA Innere Medizin	28.04.2020	Dr. med. Mani Nassir	FA Innere Medizin	25.03.2020
Dr. med. Uta Lena Bolstorff	FA Innere Medizin	26.03.2020	Katinka Natus	FA Allgemeinmedizin	29.04.2020
Dr. med. Arne Boseniuk	FA Innere Medizin	30.04.2020	Dr. Yulia Nazarenko	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25.03.2020
Dr. med. Olga Braig	FA Innere Medizin	09.04.2020	Dr. med. Johannes Norden	FA Innere Medizin	09.04.2020
Christoph Buhl	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	12.03.2020	Dr. med. Lina Ostendorf	FA Allgemeinmedizin	01.04.2020
Dr. med. univ. Marian Burgstaller	FA Neurologie	09.03.2020	Dr. med. Bettina Otte	FA Innere Medizin	29.04.2020
Marilena Constantinidou	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.04.2020	Vedat Özkan	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.03.2020
Dr. med. Nikolay Dranishnikov	FA Anästhesiologie	09.03.2020	Magdalena Pawlowska	FA Herzchirurgie	24.03.2020
Dott. Federico Faccani	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.03.2020	Anna Petschnikow	FA Allgemeinmedizin	04.03.2020
Dr. med. Philine Faerber	FA Innere Medizin	26.03.2020	Dr. med. Dominika Pohlmann	FA Augenheilkunde	11.03.2020
Dr. med. Ryna Ostary Hadaina Fauzan	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	25.03.2020	Dr. med. Andres Rademacher	FA Innere Medizin	03.03.2020
Julian Fischer	FA Anästhesiologie	27.04.2020	Falk Raschke	FA Anästhesiologie	27.04.2020
Christin Frenzel	FA Anästhesiologie	27.04.2020	Dr. med. Olga Reinhardt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29.04.2020
Dr. med. Carmen Irma Garcia	FA Innere Medizin und Pneumologie	30.04.2020	Dr. med. Manije Sabet-Rashedi	FA Viszeralchirurgie	24.03.2020
Dr. med. Eftimia Gouliou-Mayerhauser	FA Anästhesiologie	09.03.2020	Dr. med. Sandra Sander	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29.04.2020
Sabine Hänsgen	FA Allgemeinmedizin	01.04.2020	Thomas Schneller	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.04.2020
Dr. med. Henrik Hiller	FA Innere Medizin	28.04.2020	Dr. med. Stephan Schubring	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	27.04.2020
Dr. med. Christian Hoffmann	FA Neurologie	23.03.2020	Ivan Smirnov	FA Innere Medizin	25.03.2020
Dr. Dr. med. univ. Alexander Holderied	FA Innere Medizin	30.04.2020	Dr. med. Barbara Stoffels	FA Innere Medizin	12.03.2020
Dr. med. Thilo Hümpfner	FA Innere Medizin	29.04.2020	Dr. med. Lars Templin	FA Laboratoriumsmedizin	11.03.2020
Maxim Isaev	FA Allgemeine Chirurgie	24.03.2020	Katrin Tóth	FA Innere Medizin	18.03.2020
Dr. med. Martin Jonczyk	FA Radiologie	02.03.2020	Anastasia Tsintari	FA Innere Medizin	12.03.2020
Ina Kim	FA Neurologie	09.03.2020	Dr. med. Lea Tuschy	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.03.2020
Ye-Ji Kim	FA Innere Medizin	29.04.2020	Yevgeniya Vasylenko	FA Augenheilkunde	11.03.2020
Paul Knaut	FA Innere Medizin	25.03.2020	Dr. med. Markus Vergien	FA Viszeralchirurgie	28.04.2020
Friedrich König	FA Allgemeinmedizin	29.04.2020	Dr. med. Vera von Kalkreuth	FA Innere Medizin	30.04.2020
Dr. med. Laura Kuhl	FA Innere Medizin	03.03.2020	Dr. med. Gunnar Waterstraat	FA Neurologie	23.03.2020
Jutta Lang	FA Allgemeinmedizin	04.03.2020	Dr. med. Janine Wienecke	FA Radiologie	02.03.2020
Martin Lange	FA Innere Medizin	18.03.2020	Dr. med. Hendrik Wiesner	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.03.2020
Dr. med. univ. Rudolf Lassel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	24.03.2020	Dr. med. Helena Wilhelm	FA Kinder- und Jugendmedizin	18.03.2020
Dr. med. Jacqueline Lehmann	FA Innere Medizin	03.03.2020	Dr. med. Anna Zdunczyk	FA Neurochirurgie	05.03.2020
Nina Lehrbach	FA Innere Medizin	18.03.2020	Dr. med. Alexander Zich	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.04.2020

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



Foto: Ärzte ohne Grenzen

COVID-19 und die humanitären Auswirkungen für Geflüchtete auf den griechischen Inseln

Von Frank Dörner und Tankred Stöbe, Ärzte ohne Grenzen

Viel wird über die medizinischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie berichtet. Im Wesentlichen geht es dabei um die europäische Bevölkerung und deren mögliche Behandlungsoptionen. Die schon lange aus dem Blick verbannte humanitäre Krise in den Camps auf den griechischen Inseln gerät dabei immer weiter ins Abseits. Dabei wird die Lage der Geflüchteten zunehmend prekär und es droht eine weitere Katastrophe.

Allein auf Lesbos leben mehr als 800 unbegleitete Minderjährige, viele unter erbärmlichsten Bedingungen. Das größte Lager, Moria, ist mit etwa 20.000 Menschen völlig überfüllt. Ursprünglich war es für knapp mehr als 2.500 Menschen geplant. Zugang zu adäquater Versorgung alltäglicher Bedürfnisse besteht nicht. Kinder schlafen unter Planen, frieren in nasser Kleidung, haben nicht genug zu essen und zu trinken – und sind krank ohne medizinische Hilfe!

Ärzte ohne Grenzen behandelte von März 2019 bis Februar 2020 insgesamt 334

Minderjährige und Kinder mit schweren und chronischen Erkrankungen. Dazu gehörten Herzerkrankungen, Diabetes, Epilepsie, das Down-Syndrom und Asthma. Viele dieser Erkrankungen brauchen eine fachgerechte Langzeitbehandlung, die auf Lesbos nicht möglich ist.

Stattdessen hat die Regierung den Zugang zu regulärer medizinischer Versorgung mit der Abschaffung des Zugangs zu Sozialversicherungsnummern quasi unmöglich gemacht. Überdies wurden die hygienischen Verhältnisse im Winter zunehmend prekär, ohne dass es dafür eine Lösung gab. Die Konsequenz war eine weitere Zunahme an Erkrankungen, Gewalt und Verzweiflung bis hin zu Hoffnungslosigkeit und schwerer Depression. Es kommt hier nicht selten vor, dass Kinder unter zwölf Jahren versuchen, sich das Leben zu nehmen!

Der Bericht einer unserer psychologischen Kolleginnen beschreibt sehr eindrücklich die Lebenssituation vieler Kinder: „Direkt nach dem Feuer (bei dem

im Camp Moria am 29. September 2019, eine Frau starb) kam ein Mädchen zu mir und schlug mich. Sie fragte mich, ob ich ihren Schmerz spüren könne. Und sie sagte, dass selbst alle Medikamente der Welt ihr nicht helfen könnten, da sie gezwungen sei, wieder in das Camp zurückzukehren und dort täglich die unmenschlichen Lebensbedingungen zu ertragen. Viele Kinder in Moria ziehen sich aus dem Leben zurück; sie hören auf zu sprechen, zu interagieren, sie essen nicht mehr. Viele verletzen sich selbst und wollen nicht mehr leben. Moria ist gefährlich für Kinder. Wir sind in Europa und traumatisieren diese Kinder täglich.“

Ärzte ohne Grenzen ist sehr besorgt über die Situation an sich. Die zunehmende Ablehnung und Gewalt den Geflüchteten gegenüber macht alles immer schlimmer. Die Bewohnerinnen und Bewohner der Inseln waren lange sehr solidarisch und sind es größtenteils heute noch. Doch gibt es auch sehr negative Entwicklungen, die durch faschistische Gruppen genutzt werden, um Rassismus und Gewalt zu verbreiten. Mehrere Einrichtungen von Hilfsprojekten wurden angegriffen und sogar abgebrannt. Menschen wurden geschlagen und bedroht.

COVID-19 hat nun zur weiteren Eskalation der Situation beigetragen. Das griechische Gesundheitssystem ist nicht auf eine Epidemie vorbereitet. Realistische Pläne zum Schutz der Menschen in den

Aufruf

Der Menschenrechtsausschuss ist ein beratendes Gremium der Ärztekammer Berlin. Er beobachtet, ob Menschenrechte verletzt werden, insbesondere im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung, berichtet darüber und wird gegebenenfalls aktiv. Innerhalb des Ausschusses beschäftigen wir uns in erster Linie mit aktuellen Themen im Zusammenhang mit fehlender oder ungenügender Gesundheitsversorgung von Menschen. Denn: Der Zugang zu geregelter Gesundheitsversorgung ist zwar ein Menschenrecht (Allgemeine

Der Vorstand und der Menschenrechtsausschuss der Ärztekammer Berlin rufen dazu auf, den Kindern und Jugendlichen, die noch in griechischen Lagern ausharren müssen, zu helfen und weitere Aufnahmen zu ermöglichen!

Erklärung der Menschenrechte (Resolution 217 A (III) vom 10.12.1948), dennoch ist er längst nicht für alle Menschen in Berlin und Deutschland eine Selbstverständlichkeit.

Aktuell beobachten wir mit Entsetzen die Lage der Menschen in den griechischen Flüchtlingslagern. Die Situation vor Ort spitzt sich tagtäglich zu: Auf den griechischen Inseln, ob Lesbos oder Samos, herrschen aus unserer Sicht inakzeptable Zustände. Über 40.000 Schutzsuchende leben in überfüllten Flüchtlingslagern und

es werden immer noch mehr. Es fehlen nicht nur frisches Wasser, Nahrung, Kleidung, sichere Schlafplätze, ausreichend Toiletten, Waschmöglichkeiten, Seife, Desinfektionsmittel und Platz, um den nötigen Sicherheitsabstand zu halten, sondern es mangelt auch an einer ausreichenden Gesundheitsversorgung. Das allgemeine Infektionsrisiko steigt und die Gefahr, die von der COVID-19-Pandemie für die Menschen dort ausgeht, ist immens. Insbesondere alleinreisende Minderjährige sind ohne jeden Schutz.

Bereits im März hat die große Koalition beschlossen, mehrere Hundert unbegleitete Kinder und Jugendliche in Deutschland aufzunehmen. Der Beschluss war eindeutig: Es solle sich um Kinder handeln, „die entweder wegen einer schweren Erkrankung dringend behandlungsbedürftig oder aber unbegleitet und jünger als 14 Jahre alt sind“. Statt mehrerer Hundert trafen Mitte April 42 Kinder und 5 Jugendliche aus Lesbos, Samos und Chios in Niedersachsen ein. Immerhin konnten sie die Flüchtlingslager verlassen.

Denn in Deutschland – und auch in Berlin – besteht nun die Gefahr, dass wir über den Ausnahmezustand durch die COVID-19-Pandemie die Situation der Geflüchteten aus dem Blick verlieren. Deshalb setzen wir uns dafür ein, dass Ärzteschaft, Ärztekammern und Ärzteverbände auf eine rasche und vollständige Umsetzung der Pläne der Bundesregierung drängen, damit besonders bedürftige Kinder und Jugendliche möglichst rasch die nötige medizinische Versorgung erhalten. Je länger mit der Aufnahme weiterer Kinder gewartet wird, desto mehr drohen eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, die Entwicklung von gefährlichen Infektionskrankheiten und erhebliche psychische Belastungen für die Betroffenen. Wir bitten daher um eine breite Unterstützung durch die Ärzteschaft.

Dr. med. Viyan Sido, Vorsitzende des Menschenrechtsausschusses der Ärztekammer Berlin sowie Kolleginnen und Kollegen des Menschenrechtsausschusses

Camps existieren weiterhin nicht. Die seit Langem vorgebrachten Forderungen nach Evakuierung der Menschen aus der unwürdigen und gefährlichen Situation in den Lagern blieb weitgehend ungehört.

Nach wochenlangem Gefeilsche wurden gerade einmal 12 gefährdete Kinder nach Luxemburg gebracht und 47 nach Deutschland. Und dies, obwohl die Gefährdung offensichtlich ist und angeblich der Wille besteht, 1.500 besonders gefährdete Kinder zu evakuieren. Dazu gibt es weiterhin keine verlässlichen Planungen.

Und es geht nicht nur um die Kinder. Durch COVID-19 sind besonders ältere und multimorbide Personen gefährdet. Auch diese brauchen einen schnellen Schutz und eine bestmögliche Versorgung, die auf den Inseln der Ägäis nicht und auch auf dem griechischen Festland nur sehr eingeschränkt gewährleistet ist. Die griechischen Behörden sind überfordert und das Gesundheitssystem ist nicht in der Lage, mit der jetzigen Situation umzugehen – geschweige denn mit einem drohenden Ausbruch von COVID-19 in einem der Camps.

Bisher gibt es auf Lesbos sechs bestätigte COVID-19-Fälle – alle bei Einheimischen. Aber es scheint nur eine Frage der Zeit, bis die Infektion auch die Lager erreicht.

Es wäre möglich, sofort Abhilfe zu schaffen und die vulnerabelsten Menschen in Deutschland aufzunehmen. Die Dublin-Verordnung lässt dies zu. Mehr als genug Gemeinden haben sich bereit erklärt, Geflüchtete sofort aufzunehmen. Aber das ist nicht gewollt. Grenzschutz und politisches Kalkül stehen offensichtlich vor Menschenschutz.

Diese medizinisch-humanitäre Katastrophe in Europa kann uns nicht kalt lassen. Dies geschieht auch in unserem Namen. Menschenrechte und Menschenwürde sind keine Schönwetterrechte. Sie dürfen nicht zur politischen Verhandlungsmasse verkommen, sondern sind das Fundament, auf dem wir stehen. Es ist notwendig, dass Europa seiner Verantwortung gerecht wird und gerade die Schwächsten besonders schützt. Dazu gehören auch die auf den ägäischen Inseln gestrandeten Geflüchteten!

Hilfen für Geflüchtete in Zeiten von Corona

Die COVID-19-Pandemie stellt die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlung traumatisierter Geflüchteter vor besondere Herausforderungen.

In der aktuellen Pandemiesituation mit dem Gebot des Social Distancing muss auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Menschen, die in Berlin Asyl beantragt haben, auf den Prüfstand gestellt werden. Nach den gravierenden Problemen in den Jahren 2015 bis 2017 konnte die allgemeine Versorgung von Geflüchteten in den zurückliegenden Halbjahren sukzessive verbessert werden. Dies betrifft die elementaren Bereiche wie die Handhabung der Ankunftssituation, der Bearbeitungszeiten von Asylanträgen und der Unterbringung. Auch hinsichtlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten haben sich der ambulante Bereich und die Kliniken zunehmend bedarfsorientiert auf die neue Situation eingestellt, teilweise mit einer speziellen Ausrichtung wie etwa der Suchtbehandlung. In der aktuellen Situation ist jedoch vor allem die zentralisierte Unterbringung in großen Zentren und Heimen nicht nur aus infektiologischer, sondern auch aus psychotherapeutischer Sicht kritisch.

Vielen Patientinnen und Patienten, die in Flüchtlingsunterkünften untergebracht sind, ist es nicht möglich, sich an den geforderten Mindestabstand zu halten. Sie teilen sich sanitäre Anlagen und kochen in Gemeinschaftsküchen – bis zu fünfzig Bewohner nutzen gemeinsam eine Küche. Eine Isolierung erkrankter Personen ist kaum möglich. Da wird dann, wie es in Berlin schon in einigen Heimen der Fall war, ein ganzes Heim mit 100 und mehr Personen unter Quarantäne gestellt. Natürlich leiden die Menschen, allen voran Familien mit Kindern, in dieser beengten Wohnsituation ganz besonders unter den Kontakteinschränkungen. Da braucht es mehr Abstand voneinander, mehr Eigenständigkeit der Bewohner und speziell der Familien. Dringlich sind ausreichende – das heißt in

vielen Heimen deutlich zu verbessernde – Hygienestandards.

Psychisch fällt vieles, was Geflüchtete vor der Pandemie stabilisiert und nach der Flucht erste Sicherheit gegeben hat, in Corona-Zeiten weg: die Gespräche mit Freunden, Bekannten, die Sprachschule, das Fitnessprogramm. Hinzu kommen die Sorgen um die Familien im Herkunftsland – da bricht trotz oftmals vorhandener Handys die eigene Traumageschichte wieder durch. Neben der Angst vor einer Ansteckung kommt verstärkend hinzu, dass die Informationen über die COVID-19-Erkrankung, über Ansteckungsmöglichkeiten oder über die Maßnahmen zur Eindämmung aufgrund von Sprachbarrieren oft nur unzureichend verstanden wurden, insbesondere in den Anfangswochen. Auch das kann Ängste verstärken. Und Angst selbst ist ebenfalls ansteckend; besonders, wenn es an Informationen fehlt.

Bei einigen Patientinnen und Patienten zeigt sich eine extreme, über das gesunde Maß hinausgehende Angst vor dem Virus. Traumatisierungsbedingt sind vor-malige Sicherheits- und Kontrollüberzeugungen meist zutiefst erschüttert. Stattdessen haben sich Grundüberzeugungen wie „Du musst immer mit dem Schlimmsten rechnen!“ und „Du bist nie sicher!“ tief eingebrannt. Dies fördert natürlich die Entstehung massiver Angst- und Bedrohungsgefühle. Hinzu kommt dann bei einigen eine überhöhte Obrigkeitshörigkeit. Viele Geflüchtete haben Angst, etwas falsch zu machen; daher ziehen sie sich aus Angst vor Ansteckung komplett auf ihre Zimmer zurück, teilweise mit der ganzen Familie. Wenn dann die Heimaufsicht sagt: „Ihr dürft jetzt nur noch einkaufen gehen“, verlässt die Mutter mit ihren drei Kindern schon mal fünf Tage ihr Zimmer nicht mehr. Das verstärkt natürlich den Stress, die innere Unruhe und Anspannung, auch Aggressionen.

Einrichtungen

zur ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten in Berlin (auch Kindern und Jugendlichen)

- Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) der Kliniken
- Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige geflüchtete Menschen (BNS): seit 2008 für die Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit unter neu ankommenden Asylbewerber*innen und ihrer (Behandlungs-)Bedarfe zuständig. Die beiden Netzwerkfachstellen Zentrum ÜBERLEBEN und XENION sind seit dem 1. Januar 2020 in Nachfolge der Clearingstelle mit Erstdiagnostik und –versorgung psychisch Erkrankter beauftragt, die nicht sofort in die Regelversorgung vermittelt werden können
- TransVer Psychosoziales Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung, Charité – Vermittlungsstelle für psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
- Gesundheitszentrum für Flüchtlinge (GZF), ermächtigte Ambulanz für die Flüchtlingsversorgung - gegründet von der PIBB - Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg und XENION e.V.
- sowie im Einzelfall auch niedergelassene, dann zumeist patientenbezogen muttersprachlich behandelnde Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen und einige für die Flüchtlingsversorgung ermächtigte Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen
- Bezirkliche psychosoziale Träger und Kontakt- und Begegnungsstätten

Programmatisch gilt für alle versorgenden Einrichtungen/Organisationen das Gebot einer integrationsorientierten und dezentral-gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in regionaler Vernetzung.

Es gibt aber auch genau das Gegenteil: Menschen, bei denen eine Bedrohung durch eine Erkrankung in keinerlei Verhältnis zu ihren sonstigen, viel existenzielleren Ängsten steht. Ein Patient beschrieb es geradezu fatalistisch mit den Worten: „Der Virus ist mir egal. Ich habe nur Angst davor, zurückgeschickt, wieder gefoltert und gequält zu werden. Da sterbe ich lieber an Corona.“

Die Behandlung durch Psychiaterinnen und Psychiater sowie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten, muttersprachlich oder mithilfe von Dolmetscherinnen sowie Dolmetschern bzw. Sprachmittlerinnen und -mittlern haben sich mit Beginn der Corona-Epidemie, auch durch die Maskennutzung einschneidend verändert. Häufig wird nun

telefoniert und es werden Videosprechstunden genutzt. Einige Patientinnen und Patienten haben ein großes Problem damit, oft auch aus technischen Gründen; der Bedarf an entsprechender Infrastruktur in den Unterkünften ist groß. Gerade bei unbegleiteten Minderjährigen ist eine Fortführung der Therapie vis-à-vis wichtig. Das gilt vor allem für die, die kaum andere Kontakte haben. Hilfreich erscheint da nicht selten – etwas unkonventionell – der gemeinsame therapeutische Spaziergang. Die Behandler stehen allemal vor der Herausforderung, einerseits infektionsschutztechnische Maßnahmen und logistische Herausforderungen zu bewältigen und andererseits eine stützende therapeutische Beziehung nicht abreißen zu lassen.

Die gesellschaftlich erfreulich breit mitgetragene Maxime des „Schutzes der Schwachen“ gilt ausdrücklich auch für nach Deutschland geflüchtete Menschen. Sie sollte nicht haltmachen an den Landesgrenzen. Mit Blick auf die bedrohlichen Zustände in den Flüchtlingslagern auf den griechischen Inseln ist es anhaltend empörend, wie die ansonsten gezeigte politische Entschlusskraft der Regierungen trotz – wie in Berlin – regional bereits konkret formierter Hilfsbereitschaft hier offenkundig versagt.

Dr. Norbert Mönter
Arzt für Neurologie und Psychiatrie,
Psychotherapie, Psychoanalyse
Geschäftsführer der Gesundheitszentrum
für Flüchtlinge gGmbH
Internet: www.gzf-berlin.org

Das Berliner Flüchtlingsnetzwerk „not alone“ fordert gemeinsam mit seinen Mitgliedern, dem Marburger Bund Berlin/Brandenburg, der Ärztekammer Berlin und der Fachschaftsinitiative Medizin der Charité (FSI), dass aus humanitären und akut medizinischen Gründen weitere minderjährige Kinder aus den überfüllten griechischen Flüchtlingslagern nach Deutschland und Berlin geholt werden. Wir unterstützen den Berliner Senat bei seinen Bemühungen, bis zu 300 Kinder und Jugendliche aus den griechischen Lagern in den vorhandenen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in den medizinischen Einrichtungen der Hauptstadt professionell zu versorgen. Bislang wurden jedoch erst acht Kinder aufgenommen. Weitere Informationen unter www.notalone.berlin.

f e u i l l e t o n

Vor 200 Jahren geboren: Florence Nightingale

(12. Mai 1820 – 13. August 1910)

Florian G. Mildnerberger

Die Geschichte der modernen Krankenpflege ist untrennbar mit dem Leben und Werk von Florence Nightingale verbunden. Zunächst prägte die von ihr begründete Form der Pflege vor allem den angloamerikanischen Raum, doch allmählich fanden die von ihr festgelegten und von ihren Nachfolgerinnen und Nachfolgern weiterentwickelten Konzepte weltweit Verbreitung.

geboren in Florenz und aufgewachsen in England, verlebte Nightingale eine sorgenfreie Kindheit und erhielt eine sehr gute Bildung. Im Januar 1837

brach über den Süden Englands und die Familie Nightingale jedoch eine verheerende Grippeepidemie herein. Erstmals sah sich die behütete Tochter aus gutem

Hause mit dem Versagen der Medizinalbürokratie und der Krankenpflege konfrontiert. In dieser Situation beschloss sie, selbst aktiv zu werden. Nach einem religiösen Erweckungserlebnis entschied sie, ihr weiteres Leben der Krankenpflege zu widmen. Ihre Familie war mit dieser Entscheidung keineswegs einverstanden und schickte die rebellische Tochter auf eine Bildungstour quer durch Europa, die Florence Nightingale jedoch dazu nutzte, sich Wissen über medizinische Zusammenhänge und bestehende Krankenpflegeinstitutionen anzueignen. Ein wichtiger Gesprächspartner war hierbei der preußische Gesandte in Rom, Christian von Bunsen, der sie unter anderem auf die Kaiserwerther Diakonissenanstalt aufmerk-

sam machte. Nach ihrer Rückkehr nach England machte Nightingale ihren Eltern 1846 deutlich, dass sie sich weder verheiraten wolle noch von ihrem Ziel, sich der Krankenpflege zu widmen, abgebracht werden könne. Ab 1851 durfte sie endlich in Kaiserwerth eine Ausbildung durchlaufen, besuchte Kurorte in Europa und übernahm nach ihrer Rückkehr nach London die Leitung eines Pflegeheims. Diese Stellung nutzte sie umgehend, um sich in die Ausbildung von Krankenpflegerinnen einzubringen und Kontakte zur Leitung des King's College Hospital zu knüpfen.

Krankenpflege im Krimkrieg

Nightingales große Stunde schlug, als Großbritannien an der Seite Frankreichs und des Osmanischen Reiches 1853 in den Krimkrieg eintrat und Schiffe und Truppen ins Schwarze Meer entsandte. Nachdem sich die Kampfhandlungen im Rahmen eines Stellungskrieges rund um die russische Festung Sewastopol konzentrierten, grassierten alsbald Seuchen vor Ort. Dies war in früheren Kriegen nicht anders gewesen, doch war der Krimkrieg auch der erste moderne Medienkrieg – so telegraphierten britische Journalisten Berichte über die grauenerregenden Zustände in den Lazaretten nach England. Nightingale konnte in dieser Situation ihre sehr guten persönlichen und familiären Beziehungen zu politischen Entscheidungsträgern nutzen. In der Folge reorganisierte sie ab Oktober 1854 in Istanbul die Versorgung der britischen Verwundeten, den Aufbau der Krankenanstalten und den organisatorischen Ablauf. Den Widerstand der düpierten Militärbükratie brach sie durch eine geschickte Medienpolitik, in deren Zentrum die durch Nightingale selbst verkörperte sorgende und zugleich kompetente weibliche Krankenschwester stand. Nightingale jedoch erkrankte schwer und musste 1856



Foto: © Georgios Kallidas – stock.adobe.com

nach England zurückkehren – wo sie sich sogleich für eine umfassende Reform des Krankenpflegewesens engagierte. Eingaben an die Regierung, Audienzen bei Königin Victoria und der durch ihre familiären Netzwerke unkomplizierte Zugang zu Entscheidungsträgern ermöglichten es ihr binnen weniger Jahre, das zivile Pflegesystem zu reformieren. Krankenschwestern avancierten von zufällig ausgewähltem Hilfspersonal zu einer eigenen professionellen Berufsgruppe innerhalb des britischen Gesundheitswesens. In ihrem Buch *Notes on Nursing* (1860) empfahl sie Auswahlkriterien für Krankenschwestern, eine Strukturierung des Schwesternstandes und eine Ausbildung innerhalb der Krankenhäuser. Von Nightingales Konzepten für eine organisierte Krankenpflege profitierten zunächst britische Soldaten, die ab 1857 in Indien mit der Niederschlagung von Aufständen be-

fasst waren und für die bakterielle Erreger eine mindestens ebenso große Gefahr darstellten wie feindliche Kugeln.

Fürsorge und Feminismus

Neben den Anstrengungen um eine verbesserte Krankenpflege schaltete sich Nightingale auch in gesellschafts- und kolonialpolitische Debatten ein. So gehörte sie zu den Unterzeichnerinnen einer Petition, die 1870 die Abschaffung des *Contagious Act* forderten. Das Gesetz kriminalisierte Prostituierte, ließ die Freier aber unbehelligt. Die Präsentation dieser Kampagne gilt heute als Geburtsstunde des britischen Feminismus. Während viele ihrer Mitstreiterinnen sich auf das Wahlrecht kaprizierten, betonte Nightingale stets den Vorrang der Gewährung von Bildung für Frauen gegenüber allen anderen Reformen. Auch war

ihr bewusst, dass eine Reform der Krankenpflege im kolonialen Indien für die britischen Soldaten wichtig und vorteilhaft war, es aber für den gesamten Subkontinent besser wäre, wenn eine umfassende Krankheitsprophylaxe eingeführt würde. Durch Eingaben an die Behörden, das Unterhaus, den Premierminister und nicht zuletzt an die militärischen Befehlshaber gelang es Nightingale in den 1870er Jahren, die Haltung der britischen Herrschaft zu Fragen der öffentlichen Gesundheit zu beeinflussen. All diese Kampagnen zehrten an ihrer Gesundheit. Sie litt an Sehschwäche, Gedächtnisverlust und war spätestens in den 1890er Jahren dauerhaft bettlägerig. Kurz vor ihrem Tod am 13. August 1910 in London wurde sie noch in den „Order of Merit“ aufgenommen. Ihr umfangreicher Nachlass wird in der British Library verwahrt.

Literatur:

- Bostridge, Mark: *Florence Nightingale*, London: Penguin Books 2009
- McDonald, Lynn (Hg.): *The Collected Works of Florence Nightingale*, 16 Bände, Waterloo: Wilfried Laurier University Press 2001-2012.



BERLINER

6/2020 57. 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:** Michaela Thiele (v.i.S.d.P.)
Niels Löchel
Iris Hilgemeier
Laura Flörke
- Redaktionsbeirat:**
Dr. med. Regine Held
Dr. med. Susanne von der Heydt
Michael Janßen
Dr. med. Klaus-Peter Spies
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: RM Sehstern unter Verwendung
von: Pixelliebe, ISO K Medien GmbH/Adobe Stock

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-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2020, gültig ab 01.01.2020.

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 € 95,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 65,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 95,50 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 7,10 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784, Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2020