

Zu Risiken und
Nebenwirkungen
fragen Sie Ihren
Arzt oder
Ihre App



Digitalisierung unter dem Eindruck der COVID-19- Pandemie



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Klaus-Peter Spies

*ist Facharzt für Innere Medizin
und Mitglied des Vorstandes der
Ärztekammer Berlin.*

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens nimmt Fahrt auf. Im Januar begann unter anderem im Berliner Umland die Testphase zur Einführung der elektronischen Patientenakte. Da es sich um eine patientengeführte Akte handelt, hat die Ärzteschaft nur mit der Freigabe durch die Patientin oder den Patienten Zugriff auf die Daten. Somit ist für die Ärzteschaft zunächst kaum ein verlässlicher Mehrwert zu erkennen. Voraussetzung für den Zugriff ist der elektronische Arzttausweis. Er kostet jährlich 50 bis 100 Euro und ist maximal fünf Jahre gültig. Wichtig ist zudem, dass er frühzeitig beantragt wird, dauert die Erstellung durch die verschiedenen Anbieter doch Monate. Bei einer Ersatzbeantragung zum Beispiel kann für diese Dauer die ärztliche Arbeit blockiert sein.

Trotz ungelöster Probleme bei der Umsetzung treibt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Digitalisierung intensiv voran. In kurzen Abständen werden vom Ministerium Gesetzesentwürfe vorgelegt. Zügig nach Veröffentlichung des Digitale-Versorgung-Gesetzes im Sommer 2019 hat sich die Ärztekammer Berlin mit einem Thesenpapier zur Digitalisierung im Gesundheitswesen positioniert. Zentrale Forderungen darin sind, dass sowohl die Datensicherheit als auch ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis wesentliche Elemente der Digitalisierung sein müssen. In einer Pressemitteilung haben wir im letzten Jahr zudem auf Probleme und Gefahren bei der Umsetzung der Telematikinfrastruktur (TI) in Arztpraxen hingewiesen. Sowohl die Unsicherheit hinsichtlich des Datenschutzes als auch drohende technische

Probleme, Mehraufwendungen und Kosten haben viele Kolleginnen und Kollegen demotiviert – die angedrohten Sanktionen bei nicht fristgerechter Umsetzung der TI waren in diesem Zusammenhang mehr als kontraproduktiv. So schafft man kein Vertrauen, geschweige denn Mehrheiten.

Dabei ist es unbestritten, dass die Digitalisierung in der Medizin erheblichen Mehrwert schaffen kann. Dazu werden unter anderem auch digitale Gesundheitsanwendungen entwickelt, die einen Schwerpunkt im vorliegenden Heft bilden. Aber auch hier müssen wir bestimmte Standards fordern. Ein Beispiel ist die Corona-Warn-App, die eine tragende Säule bei der Eindämmung der Pandemie sein sollte. Ich bin im Übrigen davon überzeugt, dass die mit der App aufgekommene Diskussion um die Ausgestaltung des Datenschutzes einen wesentlichen Diskurs zur Weiterentwicklung des Infektionsschutzgesetzes vorwegnimmt. Zeigt sich doch damit, wie maßvoll und gewissenhaft bei einer Novellierung der Schutz des Lebens in einer Pandemie gegen das Recht auf Datenschutz abgewogen werden muss.

Das Einspeisen von Testergebnissen in die Corona-Warn-App ist eine Funktion mit Tragweite. So kann man zur Unterbrechung der Infektionsketten derzeit froh sein, wenn Infektionen diagnostiziert und damit dokumentiert werden. Dabei ist es mir jedoch wichtig, für einen ver-

antwortungsvollen Umgang mit den nun vom BMG geförderten Schnelltests für zu Hause zu plädieren. Es ist entscheidend, dass jeder positive Schnelltest durch eine PCR kontrolliert wird, um die Vielzahl falsch positiver Ergebnisse abgrenzen zu können. Nur mit PCR gesicherte Testergebnisse dürfen in die Corona-Warn-App eingehen. Denn bei einem Schnelltest mit einer Sensitivität von 80 %, einer Spezifität von 98 % und einer Prävalenz von COVID-19 bei 50 von 100.000 Menschen wären nur etwa 2 von 100 positiven Tests richtig positiv, aber auch nur 1 von 10.000 negativen Tests doch Corona-positiv (also falsch negativ). Mit anderen Worten: Durch den Test werden hier 40 der 50 Infizierten von 100.000 Menschen erkannt, aber 2.000 erhalten ein positives Testergebnis, obwohl sie nicht infiziert sind.

Abschließend möchte ich noch eine Hoffnung äußern. Im Januar hat die Ärztekammer Berlin eine Pressemitteilung veröffentlicht und darin eine Priorisierung von medizinischem Personal bei der Impfung gefordert. Viele Ärztinnen und Ärzte, die nicht auf Intensivstationen, in Notaufnahmen oder bei Rettungsdiensten regelmäßig Hochrisikopatientinnen und -patienten betreuen, waren laut Impfverordnung erst für die zweite Gruppe der Anspruchsberechtigten vorgesehen. Dabei wurde außer Acht gelassen, dass die überwiegende Mehrheit der Corona-Patientinnen und -Patienten sowie auch die Heimversorgung von der ambulanten Medizin versorgt werden. Ich hoffe inständig, dass dieser Missstand mittlerweile behoben ist. Denn mit dem Verzug bei der Impfung des medizinischen Personals wird nicht nur missachtet, dass es selbst einem höheren Risiko ausgesetzt ist, sondern damit mittelbar auch die Patientinnen und Patienten wie auch unsere Angehörigen – mit potenziell fatalen Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen.

Ihr

Klaus-Peter Spies

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Sectionarben-Gravidität: Gutachterlicher Umgang mit seltenen Erkrankungsbildern

Kasuistik

Die 31-jährige Patientin war nach einer zwei Jahre zuvor vorausgegangenen Sectio caesarea erneut schwanger. Wegen starker Unterbauchschmerzen rechts mehr als links und Kollaps zu Hause wurde sie in der zwölften Schwangerschaftswoche unter dem Verdacht einer Appendizitis stationär aufgenommen. Es ließ sich bei der Untersuchung durch den Gynäkologen sonographisch eine intakte Schwangerschaft ohne Hinweis auf eine ektopische Lage nachweisen. Der Hämoglobin-Gehalt sowie der Hämatokrit waren im Normbereich. Sonographisch wurde danach von den Radiologen ubiquitärer, nicht echofreier Aszites (über 1 l) diagnostiziert. Es wurde aufgrund eines fehlenden Nachweises einer pathologischen Kokarde eine Appendizitis ausgeschlossen. Drei Stunden nach Aufnahme waren der Hämoglobin-Wert und der Hämatokrit unter den Normwert gefallen. Weitere zwei Stunden später wurde von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wegen persistierender Schmerzen und Schwindelzustand der Entschluss zur diagnostischen Laparoskopie gefasst. Es wurden 1,8 Liter Blut aus dem Bauchraum entfernt. Im Bereich der Sectio-Narbe im Uterus ließ sich rechts eine Perforationsstelle erkennen, aus der die Blutung resultierte. Es wurde die Diagnose einer Narbenschwangerschaft nach Sectio caesarea mit Ruptur und Blutung diagnostiziert und eine Laparotomie angeschlossen. Die Sectio-Narbe mit der blutenden, rupturierten Schwangerschaft wurde exzidiert. Es musste intensivmedizinisch behandelt werden. Im Weiteren war eine psychiatrische Betreuung der Patientin notwendig.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin wirft der Klinik vor, dass bereits auf den ersten Ultraschall-Aufnahmen zu erkennen gewesen sei, dass es sich um eine „vorzeitige fehlgeschlagene Schwangerschaft“ gehandelt habe, welche operativ hätte versorgt werden müssen. Durch die zeitliche Verzögerung sei es zu stärkeren Blutungen gekommen, die zu „massiven Problemen“ geführt hätten.

Stellungnahme des Klinikums

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wurde seitens der Klinik mit einer eigenen Darstellung des Sachverhaltes reagiert. Behandlungsfehler wurden in Abrede gestellt.

Gutachten

Der gynäkologische Gutachter kann keine Behandlungsfehler feststellen. Es hätte keinen Hinweis für eine Eileiterschwangerschaft oder Sectionarben-Gravidität bestanden. Bei intakter Narbe wäre diese Diagnose – wenn überhaupt – nur erschwert möglich gewesen. Die radiologische Untersuchung zum Ausschluss einer Appendizitis sei sach- und fachgerecht erfolgt. Der Zeitraum zwischen der zweiten Laborkontrolle und dem operativen Vorgehen habe etwa 120 Minuten betragen, ohne dass in dieser Zeit eine akute Gefährdungssituation erkennbar gewesen sei. Das Zeitintervall sei nicht zu beanstanden. Da die Uterusmuskulatur in einer Schwangerschaft gut durchblutet sei, sei bei einer Sectionarben-Gravidität eine stärkere Blutung nicht zu vermeiden. Ein Eingriff zu einem früheren Zeitpunkt hätte zu den gleichen Hämoglobin-Veränderungen geführt. Die Patientin sei sach- und fachgerecht behandelt worden.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an. Bei der zweiten Sonographie wurde zwar Aszites, der dringend suspekt auf Blutbeimengungen war, diagnostiziert. Allerdings war es aufgrund der Unklarheit des Befundes und des ausreichenden Kreislaufzustandes aus der Sicht ex ante vertretbar, nicht sofort eine klinische Konsequenz zu ziehen, sondern eine weitere Beobachtung und Kontrolle des Hämoglobin-Wertes zu veranlassen.

Als sich die Patientin mit Kreislaufbeschwerden und Schmerzzunahme meldete, erfolgte die Operation in einem noch vertretbaren Zeitraum. Es war aus der Sicht ex ante nicht zu erwarten, dass eine Uterusruptur bei einer Schwangerschaft in der Sectionarbe vorlag. Auch war die Patientin kreislaufstabil.

Eine Standardunterschreitung und damit ein Behandlungsfehler konnten nicht bewiesen werden. Durch den Zeitpunkt der Entscheidung kam es im Übrigen zu keiner beweisbaren Verschlechterung und Verstärkung der intraabdominellen Blutung.

Fazit

Insgesamt stellt die Einnistung einer Schwangerschaft in der Sectionarbe ein klinisch äußerst seltenes Ereignis dar. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte mussten initial nicht mit dieser Erkrankung rechnen. Bei der Bewertung der Behandlung ist die Sicht ex ante zugrunde zu legen, also der Kenntnisstand der Ärztinnen und Ärzte zum Zeitpunkt der Behandlung, und nicht die Sicht ex post, also der Kenntnisstand, wie er zum Zeitpunkt der gutachterlichen Überprüfung besteht.

Autorin & Autoren:
Prof. Dr. med. Jochen Gille
Ärztliches Mitglied, Facharzt für
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Christine Wohlers
Rechtsanwältin der Schlichtungsstelle für
Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen
Ärztekammern

Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik
Vorsitzender der Schlichtungsstelle für
Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen
Ärztekammern in Hannover



EDITORIAL.....

Digitalisierung unter dem Eindruck der COVID-19-Pandemie

Von Klaus-Peter Spies..... 3

BERLINERÄRZTE *aktuell*.....

..... 6

BERUFSRECHT.....

Von Fall zu Fall

Sectionarben-Gravidität:
Gutachterlicher Umgang mit seltenen
Erkrankungsbildern..... 4

BERUFS- UND
GESUNDHEITSPOLITIK
WEITERBILDUNG.....

**Wir stehen an der Schwelle:
Gesundheitsämter bereiten sich
auf die 3. Welle vor**

Von Christine Wagner und
Nicolai Savaskan..... 24

FORTBILDUNG.....

**Der Veranstaltungskalender der
Ärztammer Berlin.....**

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall
Heimbeatmungsgeräte im Krankenhaus
..... 28

WEITERBILDUNG.....

**Arzt im Pflegeeinsatz –
ein Erfahrungsbericht**

Von Djawid Hashemi..... 29

TITELTHEMA

Digitale Gesundheitsanwendungen

Zu Risiken und
Nebenwirkungen
fragen Sie Ihren
Arzt oder
Ihre App



Seit Anfang Oktober
2020 können Ärztin-
nen und Ärzte in
Deutschland digitale
Gesundheitsanwen-
dungen (DiGA), so-
genannte Apps auf
Rezept, verordnen.
BERLINER ÄRZTE
hat nachgefragt,
wie die ersten
Erfahrungen sind
und was es zu
beachten gilt.

Von Angela Misslbeck.....14

**„Das Warten war besonders
schwer“**

Von Stella Marie Hombach.....31

PERSONALIEN.....

**Zum Gedenken an
Gerhard Volkheimer.....**

**Zum Gedenken an
Stefan Mund-Hoym.....**

**Zum Gedenken an
Gerd Fünfhausen.....**

FEUILLETON.....

**Virchow-Jahr 2021 – Virchow
und die Naturphilosophie**

Von Heinz Schott..... 36

**Walter Stoeckel –
zum 150. Geburtstags eines
politischen Gynäkologen**

Von Udo Schagen 38

BUCHBESPRECHUNG.....

Mein Herz + meine Seele

Von Irmgard Pfaffinger..... 37

Armut und Gesundheit

Der Kongress Armut und Gesundheit findet vom 16. bis 18. März 2021 erstmalig in rein digitaler Form statt. Unter dem Motto „Aus der Krise zu Health in All Policies“ werden soziale und gesundheitliche Ungleichheiten im Kontext der Pandemie diskutiert.

Nähere Informationen zur größten in Deutschland stattfindenden Public Health-Veranstaltung sowie zur Anmeldung erhalten Interessierte unter: www.armut-und-gesundheit.de.

Die Nutzung des elektronischen Arztausweises bei der Kommunikation mit den Gerichten

Der elektronische Arztausweis kann nicht nur in der Telematikinfrastruktur genutzt werden.

Sind Sie als Gutachterin oder Gutachter für Berliner Gerichte tätig?

Dann können Sie Ihre Gutachten in Zukunft mithilfe Ihres elektronischen Arztausweises signieren und elektronisch einreichen. Damit ersparen Sie sich den Papierausdruck und die postalische Übersendung an das Gericht.

Nach § 130a ZPO (§ 65a SGG, § 55a VwGO) können auch Gutachten in gerichtlichen Verfahren elektronisch eingereicht werden. Voraussetzung ist, dass diese als PDF-Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (qeS) versehen und über das elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach eingereicht werden.

Was benötigen Sie für die elektronische Einreichung von Gutachten?

1. Ihren elektronischen Arztausweis, eine Signatursoftware und ein Kartenlesegerät

Der elektronische Arztausweis ermöglicht es Ihnen, mit einer qeS, eine rechtsgültige elektronische Unterschrift unter Ihr Gutachten zu leisten. Sie benötigen lediglich ein Kartenlesegerät und eine Signatursoftware, um Ihr Gutachten elektronisch zu signieren.

2. Ein elektronisches Gerichts- und Verwaltungspostfach

Die Kommunikation mit der Justiz erfolgt aus Gründen des Datenschutzes und der IT-Sicherheit nicht über (unverschlüsselte) E-Mails, sondern über eine spezielle elektronische Kommunikationsinfrastruktur, das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP). Alle Nachrichten werden nach dem OSCI-Standard sicher verschlüsselt. Für die Kommunikation mit den Gerichten können Sie zum Beispiel den Governikus Communicator Justiz Edition nutzen, den Sie unter www.governikus.de/

governikus-communicator-justiz-edition/ kostenfrei heruntergeladen und nutzen können.

Beim erstmaligen Starten der Software können Sie ein EGVP-Postfach einrichten, auch dieses ist kostenfrei. Mithilfe des Governikus Communicators Justiz Edition können Sie nun Ihr Gutachten als Anhang einer Nachricht sicher an das jeweilige Gericht übermitteln.

Was müssen Sie beachten?

Das Gutachten muss im PDF-Format mit einer qeS eingereicht werden. Daneben genügt es, wenn sich unter dem Gutachten eine einfache elektronische Signatur, das heißt Ihr Name in Druckschrift befindet. Eine eingescannte Unterschrift oder Ähnliches ist nicht erforderlich. Bitte geben Sie im Betreff der Nachricht das Aktenzeichen des Verfahrens an, dies erleichtert die Zuordnung beim Gericht. Bitte übersenden Sie Ihre Gutachten sowie andere Mitteilungen oder Schreiben immer als PDF-Anhänge der EGVP-Nachricht. Bitte kopieren Sie Ihre Texte nicht in das Nachrichtenfeld der EGVP-Nachricht.

Wo erhalte ich weitere Auskünfte?

Ordentliche Gerichtsbarkeit:
anka.mueller@ag-tg.berlin.de

Sozialgericht Berlin:
proERV@sg.berlin.de

Verwaltungsgericht Berlin:
verwaltung@vg.berlin.de

Weitere Informationen finden Sie in dem Aufsatz von Dr. Henning Müller, eJustice und der medizinische Sachverständige, MedSach 2018 (114) S. 16–22.

Dr. Michael Gädeke
Richter am Sozialgericht Berlin

Der elektronische Arztausweis kommt



Jetzt
beantragen!



Warum noch gleich?

Für die digitalen Anwendungen zur Patientenversorgung in der Telematikinfrastruktur benötigen Sie als Ärztin oder Arzt verpflichtend einen elektronischen Arztausweis.

Was Sie damit tun können:

- ✓ wichtige medizinische Notfalldaten und den eMedikationsplan auf der Gesundheitskarte speichern
- ✓ elektronische Arztbriefe, Überweisungen zum Labor, das radiologische Telekonsil oder andere medizinische Daten qualifiziert elektronisch signieren
- ✓ auf sicherem Weg Daten mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie anderen Gesundheitsberufen austauschen
- ✓ auf die elektronische Patientenakte zugreifen
- ✓ die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung signieren und an die zuständige Krankenkasse versenden

WICHTIG!

Niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen ihrer KV bis zum **30.06.2021** nachweisen, dass sie über einen elektronischen Arztausweis verfügen.



Erfahren Sie mehr und beantragen Sie den elektronischen Arztausweis unter www.aekb.de/eArztausweis

Personalien

Günther Jonitz ist zurückgetreten



Foto: A. Wagenzik

Nach 26 Jahren in präsidialen Ämtern hat Dr. med. Günther Jonitz am 1. Februar 2021 seinen Dienst für die Berliner Ärzteschaft beendet.

Jonitz war seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin für die Liste „Marburger Bund“ und ab 1995 deren Vizepräsident. Auf der Delegiertenversammlung im September 2020 hatte er seinen Rücktritt bis spätestens Juni 2021

bereits angekündigt. Als Grund für seine Entscheidung hatte Jonitz erklärt, dass er mit Blick auf die Kammerwahl im Jahr 2023 den Weg für die nachkommende Generation frei machen wolle.

In den Mittelpunkt seiner Arbeit hatte Jonitz eine Politik, die auf Werten basiert und die zu Lösungen beiträgt gestellt. Seine Themen „Patientensicherheit“ und „evidenzbasierte Medizin“ waren ursprünglich gesundheitspolitisches Neuland und wurden in den vergangenen Jahren mit seiner Unterstützung von Berlin aus im deutschen Gesundheitssystem etabliert. In den vergangenen Jahren lag sein Schwerpunkt dann vor allem auf werteorientierter Versorgung (Value-Based Health Care): „Medizin ist sinnlos, wenn die Patientinnen und Patienten nichts davon haben.“

Die Ärztekammer Berlin dankt Günther Jonitz für seine herausragenden Leistungen im Dienste der Berliner Ärzteschaft.

Weiterbildung

Befugtenseminare

1-stündiges Seminar für Neubefugte und alle Interessierten jeweils mittwochs von 18:00–19:30 Uhr.

Termine: 21.04.2021 (online)
25.08.2021
01.12.2021

Anmeldung: befugtenseminare@aekb.de

Prüferschulungen

1,5-stündiges Seminar für Neuprüferinnen und -prüfer sowie für Interessierte jeweils mittwochs von 18:00–19:30 Uhr.

Termine: 28.04.2021 (online) und 27.10.2021
Anmeldung: befugtenseminare@aekb.de

Infoveranstaltung Allgemeinmedizin

Informationsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin

Termin: Mi., 11.8.2021 **Anmeldung:** kosta-fuer-berlin@aekb.de

Leitungswechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Neukölln

Am 1. Januar 2021 haben **Priv.-Doz. Dr. med. Mandy**

Mangler und **Priv.-Doz. Dr. med. Malgorzata Lanowska** die Leitung der Klinik für Gynäkologie am Vivantes Klinikum Neukölln übernommen. Beide sind bereits Chefärztinnen an anderen Vivantes Häusern: Mangler ist Chefärztin der Klinik für Geburtsmedizin und Gynäkologie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum in Schöneberg und Lanowska ist Chefärztin der Klinik für Geburtsmedizin und Gynäkologie am Vivantes Klinikum Am Urban. Als ein seit vielen Jahren eingespieltes Ärztinnen-Tandem wollen sie mithilfe ihres hoch motivierten Teams die Gynäkologien in der Region Vivantes Süd-West enger zusammenführen und die Prozesse so angleichen, dass sie an allen drei Standorten zu einer noch besseren Versorgungs- und Ergebnisqualität führen.

Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Torsten ist nach 14 Jahren als Chefarzt bei Vivantes und insgesamt 22 Jahren als Chefarzt in Berlin nun Leitender Arzt für den Schwerpunkt gynäkologische Krebs- und Brusterkrankungen am Vivantes Klinikum Neukölln. Zudem hat er eine Gastprofessur im Ausland angenommen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Leitungspositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.
Tel.: 030 40806-4101, Fax: -4199, E-Mail: presse@aekb.de

Train the Trainer-Seminare

1,5-tägiges Fortbildungsseminar für Weiterbildungsbefugte, die sich formal und didaktisch in Bezug auf die Weiterbildung fortbilden möchten.

Termine: jeweils freitags von 15:00–19:00 Uhr und samstags von 09:00–15:00 Uhr

Stationär

12.–13.03.2021 (online)
26.–27.11.2021

Anmeldung: befugtenseminare@aekb.de

Ambulant

05.–06.03.2021 (online)
05.–06.11.2021

Anmeldung: <https://kw-allgemeinmedizin.berlin->
Train the Trainer-Seminare für Weiterbildungsbefugte

Delegiertenversammlung wählt PD Dr. med. Peter Bobbert zum neuen Präsidenten



PD Dr. med. Peter Bobbert wurde am 17. Februar 2021 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zum Kammerpräsidenten gewählt. Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie (Zusatzweiterbildung Notfallmedizin) folgt damit auf Dr. med. Günther Jonitz (Marburger Bund). Bobbert steht für berufspolitische Themen wie digitale Medizin, Klimaschutz als Gesundheits-

schutz, Humanität als Grundlage ärztlichen Handelns sowie Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Der 42-Jährige ist bereits seit 2007 für die Liste „Marburger Bund“ Mitglied der Delegiertenversammlung und seit 2013 Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Berlin. Als Vorsitzender des Satzungs- und Geschäftsordnungsausschusses hat er in besonderem

Maße engagiert und stringent mehrere komplexe und zeitaufwendige Satzungsänderungen mitverantwortet. Der listenübergreifende Arbeitskreis Gebühren- und Beitragsordnung, der die Neuausrichtung der seit 1. Januar 2020 geltenden Beitrags- und Gebührenordnung rund zwei Jahre umfassend vorbereitet und zum Teil intensiv diskutiert hat, wurde von Bobbert federführend geleitet. Zudem gehört Bobbert seit 2019 dem Vorstand der Bundesärztekammer an und ist dort auch Menschenrechtsbeauftragter. Seit 2013 ist er Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Berlin/Brandenburg.

Neu in Vorstand und Delegiertenversammlung

In den Vorstand der Ärztekammer Berlin wurde Dr. med. Yüksel König, Fachärztin für Viszeralchirurgie, nachgewählt. In die Delegiertenversammlung sind zudem Dorothea Spring (Marburger Bund), Fachärztin für Anästhesiologie bei der Anästhesieagentur, sowie Dr. med. Florian Garbe (ALLIANZ BERLINER ÄRZTE – MEDI-Berlin), niedergelassener Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, nachgerückt.

Einen Bericht zur Delegiertenversammlung vom 17. Februar 2021 lesen Sie in der kommenden Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.

Unterstützung gesucht

Familienberatung für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder

Kinder psychisch kranker Eltern lassen sich Sorgen und Ängste oft wenig anmerken. Häufig ziehen sie sich zurück und versuchen, ihre Aufgaben in Alltag und Schule so gut sie können zu bewältigen. Viele betroffene Kinder reifen an dieser Situation und entwickeln besondere Stärken. Manche dieser Kinder zeigen sich auch als resilient gegenüber den besonderen Herausforderungen, denen sie sich stellen müssen. Wenn jedoch im Laufe der Entwicklung zusätzliche Belastungen auftreten, kann es für manche Kinder schwer sein, ihre Probleme zu bewältigen. Dies kann zu Entwicklungsproblemen führen, die sich dann beispielsweise in Schulschwierigkeiten, Rückzugsverhalten, psychosomatischen oder psychischen Symptomen äußern können.

Um seelische Belastungen von Kindern und Jugendlichen so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln, wurden gezielte Beratungskonzepte für Familien entwickelt, bei denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Die Wirksamkeit dieser Konzepte konnte in der Vergangenheit bereits wissenschaftlich evaluiert werden; sie sind Teil der aktuellen Multi-Center-Studie CHIMPS-NET (Children of mentally ill parents - network) unter der Konsortialführung von Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe.

Bei dieser deutschlandweiten wissenschaftlichen Studie unter Beteiligung von 20 klinischen Studienzentren sollen die Lebensqualität und die psychische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern gefördert werden. Die Familien erhalten bei Studienteilnahme zunächst eine ausführliche Diagnostik mit Schwerpunkt auf den Kindern. Anschließend erhält die Hälfte der Familien randomisiert ein Beratungsangebot für eine Familienberatung, basierend auf den Diagnostikergebnissen. Die andere Hälfte erhält eine Empfehlung für eine Treatment-as-usual-Behandlung. Die bedarfsgerechten, familienbasierten Beratungen in CHIMPS-NET werden sowohl der komplexen und heterogenen Ausgangslage der Eltern als auch der Kinder gerecht. Sie unterstützen die Familien bei der Krankheitsbewältigung und stärken die Familienbeziehungen sowie das soziale Netzwerk.

An wen richtet sich das Projekt?

Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Campus Virchow, ist gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Mitte der Charité Universitätsmedizin Berlin als Zentrum Berlin unter der Projektleitung von Prof. Dr. med.

Sibylle M. Winter an der Studie CHIMPS-NET beteiligt. Teilnehmen können Familien mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil und mindestens einem Kind im Alter von 3 bis 18 Jahren. Die letzte psychiatrische Behandlung des erkrankten Elternteils sollte nicht länger als sechs Monate in der Vergangenheit liegen. Auch Alleinerziehende können teilnehmen. Das Kind bzw. die Kinder sollte/n im Haushalt der Eltern leben oder regelmäßigen Kontakt (mindestens 14-tägig) zum erkrankten Elternteil haben.

Nähere Informationen erhalten Interessierte im Studienflyer unter <https://kinder-und-jugendpsychiatrie.charite.de> -> Versorgungsforschung -> CHIMPS-NET -> Flyer herunterladen sowie auf der Studienwebsite unter www.chimpsnet.org/ oder persönlich: Ansprechpartnerin: Dr. phil. Anna Katharina Holl, Tel.: 030 450-616415 E-Mail-Adresse: chimps-net-studie@charite.de

Online-Symposium

Ärztinnen in den Medien

„Kompetente und hübsche Ärztin“ – so der bezeichnende Titel eines Bildes, das eine große Fotoagentur zum Kauf anbietet. Die bildliche Darstellung von Frauen im medizinischen Kontext ist nur ein Aspekt, der anlässlich des Internationalen Frauentages in dem Online-Symposium „Ärztinnen in den Medien“ beleuchtet wird. Weiterhin werden in der vom Arbeitskreis „Ärztinnen für Parität“ initiierten Veranstaltung die Themen Ärztinnen in leitenden Positionen sowie die geschlechtersensible Ansprache aufgegriffen.

Termin: Fr., 5. März 2021

Zeit: 17:00–19:00 Uhr

Ort: virtuell

PROGRAMM

Ärztinnen in leitenden Positionen

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Vizepräsidentin Deutscher Ärztinnenbund e. V. und Gastprofessorin am Institut für Medizinische Soziologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

Mitgemeint? Oder gendersensible Ansprache.

Dr. Elke Brüser, Medizin- und Wissenschaftsjournalistin

Bildliche Darstellung von Frauen im medizinischen Kontext

Barbara Rohm, Kulturmanagerin und Speakerin, langjährige Vorsitzende von Pro Quote Film e. V.

Diskussionsrunde unter anderem mit Rebecca Beerheide,

Leiterin Politische Redaktion Deutsches Ärzteblatt und ehemalige Vorsitzende Journalistinnenbund e. V. sowie Brigitte Zypries, Juristin, bis 2017 Mitglied des Deutschen Bundestages (SPD), unter anderem als Bundesministerin der Justiz

Moderiert wird das Symposium von der Journalistin und Moderatorin Aline Abboud.

Interessierte können sich bis zum 4. März 2021 per E-Mail an stabsstelle@aekb.de für das Online-Symposium anmelden.

AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE der Ärztekammer Berlin

SIE SUCHEN EINE AUSZUBILDENDE ODER EINEN AUSZUBILDENDEN?

Auf der Ausbildungsplatzbörse der Ärztekammer Berlin für Medizinische Fachangestellte können Sie Ihr Ausbildungsplatzangebot kostenfrei inserieren.

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Anzeige auf unserer Website unter

www.aekb.de/mfa

mithilfe eines Eingabeformulars aufzugeben. Nach Prüfung wird Ihre Anzeige veröffentlicht.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Website sowie unter der Telefonnummer 030 40806-2626.

STELLENBÖRSE der Ärztekammer Berlin für Medizinisches Assistenzpersonal

Sie suchen medizinisches Assistenzpersonal?

Unsere Stellenbörse für ausgebildetes medizinisches Assistenzpersonal richtet sich an Kammermitglieder in eigener Niederlassung.

Auf unserer Website haben Sie als Kammermitglied die Möglichkeit, kostenfrei eine Anzeige für freie Arbeitsstellen aufzugeben. Das entsprechende Formular sowie weitere Informationen finden Sie unter www.aekb.de/mfa.

COVID-19 – MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE Aktuelles Informationsangebot auf unserer Website

Aufgrund der aktuellen Situation haben wir bereits seit Beginn der Corona-Pandemie eine eigene Rubrik auf unserer Website eingerichtet. Sie gelangen über www.aekb.de/mfa auf diese Seite. Hier erhalten Sie aktuelle Informationen (FAQ) zur Ausbildung und Umschulung Medizinischer Fachangestellter.

Zu den Themen „Prüfungswesen“, „Berufsschulunterricht“ und „Betriebliche Ausbildung“ finden Sie neben wichtigen Informationen auch Hinweise und Antworten auf häufig gestellte Fragen. Die Seite wird fortlaufend aktualisiert.

WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Kompaktkurs Impfen

Zu den wichtigsten und wirksamsten präventiven Maßnahmen, die in der Medizin zur Verfügung stehen, gehören Impfungen. Entsprechend hoch ist deren Bedeutung im Praxisalltag – gerade jetzt im Zusammenhang mit Maßnahmen gegen die Infektionskrankheit COVID-19. Die Ärztekammer Berlin plant, am **25. März, 15. April und 29. April 2021** die Fortbildung „Kompaktkurs Impfen“ mit einem Umfang von 20 Stunden anzubieten und damit in der aktuellen Pandemie-Situation zur Qualifizierung des Assistenzpersonals in den Praxen beizutragen.

Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer 030 40806-2636 Auskunft.

WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in 2021

Die Ärztekammer Berlin plant ab dem **9. August 2021** einen weiteren Fortbildungskurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer anzubieten. Der Fortbildungskurs richtet sich an hausärztlich und fachärztlich berufserfahrenes Assistenzpersonal und entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer 030 40806-2636 Auskunft.

WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in – Refresher 2021

Die Ärztekammer Berlin bietet 2021 weitere Fortbildungskurse „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in – Refresher“ entsprechend der Delegationsvereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen an.

Aktuelle Termine, Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Website. Gerne geben wir Ihnen auch unter der Rufnummer 030 40806-2636 Auskunft.

FÖRDERPROGRAMM DES BUNDES „Ausbildungsplätze sichern – Erste Änderung der Förderrichtlinie“

Die Bundesregierung hat ein Hilfsprogramm für kleine und mittelgroße Ausbildungsbetriebe auf den Weg gebracht, um durch die Corona-Pandemie bedrohte Ausbildungsplätze zu sichern.

Mit der „Ersten Änderung der Förderrichtlinie“ erweitert sich der Kreis der förderberechtigten Betriebe. Förderfähig sind nun beispielsweise bereits Ausbildungsverhältnisse mit einem Beginn ab dem 24. Juni 2020. Zudem wurde die Höhe des Umsatzrückgangs als Fördervoraussetzung abgesenkt. Die Änderungen gelten auch rückwirkend, das heißt Anträge auf Förderungen können innerhalb von drei Monaten auch für bereits bestehende Ausbildungsverhältnisse gestellt werden, für die bisher eine Förderung nicht möglich war, die aber von den geänderten Voraussetzungen nunmehr erfasst sind. Ein Betrieb, der aufgrund der bisherigen Regelungen eine Ablehnung erhalten hat und nach der geänderten Richtlinie nun doch gefördert werden könnte, kann einen neuen Antrag stellen.

Folgende Unterstützungen sind zum Beispiel vorgesehen:

- Ausbildungsprämien in Höhe von 2.000 bzw. 3.000 Euro für Betriebe, die – obwohl sie die Corona-Krise stark getroffen hat – ihr Ausbildungsniveau halten bzw. erhöhen
- Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung, wenn der Ausbildungsbetrieb Auszubildende und Auszubildende nicht in Kurzarbeit schickt

Die Umsetzung der Förderrichtlinie erfolgt durch die Bundesagentur für Arbeit. Dabei ist die Agentur für Arbeit zuständig, in deren Bezirk der Ausbildungsbetrieb liegt.

Die Antragsunterlagen sowie alle weiteren wichtigen Informationen zu den Förderbedingungen erhalten Sie auf der Seite der Bundesagentur für Arbeit. Für weitere Rückfragen ist die **Hotline des Arbeitgeber-Service** unter folgender Nummer erreichbar: **0800 4 555520 (gebührenfrei)**.

Auf unserer Website finden Sie unter www.aekb.de/mfa -> „COVID-19-Aktuelle Informationen“ Verlinkungen zu allen wichtigen Seiten und Formularen der Agentur für Arbeit, die das Förderprogramm betreffen.

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 Ansprechpersonen finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin: www.aekb.de/suchtintervention/

Digitale Gesundheitsanwendungen Apps verordnen wie Medikamente?



Es ist eine Weltpremiere: Seit Anfang Oktober 2020 können Ärztinnen und Ärzte in Deutschland digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), sogenannte Apps auf Rezept, verordnen. Wie sind die ersten Erfahrungen und was gilt es zu beachten?

Von Angela Misslbeck

Viele seiner Kopfschmerzpatientinnen und -patienten kennt Dr. med. Oliver Fasold schon seit Jahren. 50 bis 60 Kopfschmerzkalender erhält der Berliner Neurologe pro Quartal. Bisher landen diese Aufzeichnungen in Papierform auf seinem Tisch. Immer häufiger aber bekommt Fasold den Schmerzverlauf digital übermittelt. Denn seit Juni 2020 gibt er in seiner Tempelhofer Praxisgemeinschaft im Rahmen eines Forschungsprojektes die App M-sense Migräne an Patientinnen und Patienten weiter.

In der Basisversion ist M-sense Migräne frei verfügbar. Die App, die den Patientinnen und Patienten im Modellprojekt der Zukunftsregion Digitale Gesundheit (ZDG) zur Verfügung steht, hat nach Angaben des Neurologen aber einen etwas größeren Funktionsumfang. „Die App ist schon ein bisschen mehr als ein Kopfschmerzkalender, weil sie wertvolle Tipps zum Selbstmanagement liefert und auch eine Analysefunktion beinhaltet, die automatisiert die Zahl der Migränetage von den Tagen mit Spannungskopfschmerzen unterscheiden kann. Auch wird die Einnahmefrequenz der Medikamente sowie deren Wirksamkeit übersichtlich dokumentiert“, sagt Fasold. Seine Patientinnen und Patienten erhalten einen Code, mit dem sie die App freischalten können. Ihre Rückmeldungen sind überwiegend positiv. „Vor allem die jüngeren Patienten finden das gut“, berichtet Fasold. Manche haben ihn auch von sich aus nach der App gefragt.

Für den Neurologen sind die digitalen Daten jedoch noch nicht uneingeschränkt von Vorteil. „Ich kriege einen super Output als PDF, und das schon, bevor der Patient hereinkommt. Das PDF in die Praxissoftware zu importieren, ist auch kein Problem. Aber dann sitze ich da und habe ein riesiges Dokument, in dem ich die Seiten für jeden Monat durchscrollen muss. Und das ist umständlicher, als wenn der Patient mehrere DIN-A4-Blätter nebeneinander auf meinen Schreibtisch legt, sodass ich die Monate direkt visuell vergleichen kann“,



Dr. med. Oliver Fasold

berichtet der grundsätzlich digitalaffine Arzt. Auf Papier lasse sich alles auf den ersten Blick erkennen. Fasolds Fazit aus der bisherigen Erprobung der App in der Arztpraxis: „Die Praktikabilität für den Arzt könnte noch besser sein.“

Die App, die der 48-jährige Neurologe im Rahmen eines Forschungsprojektes getestet, kann inzwischen auch als sogenannte digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) auf Krankenkassenkosten verordnet werden. Fasolds Patientinnen und Patienten begrüßen das. „Aber was sollen die Krankenkassen denn dann dafür kürzen?“, fragt der Neurologe. Die Verordnungskosten von knapp 220 Euro für M-sense stehen einem neurologischen Fallwert von rund 43 Euro pro Quartal gegenüber. „Das geht natürlich nicht“, meint Fasold.

Apps verordnen wie Medikamente?

Auch bei der Verschreibung der App ruckelt es in der Praxis noch etwas. „Eigentlich macht das keinen großen Aufwand, aber ich kann die Apps tatsächlich nicht ausreichend vorstellen“, sagt Fasold. Manchmal treten Schwierigkeiten bei der Installation auf. „Was machen die Patienten dann? Sie rufen bei mir an.“ Inzwischen verweist er sie schon bei der Abgabe der App für Hilfe bei der Installation an die Hotline

des Herstellers. Sie helfe zuverlässig bei technischen Problemen. Den Aufwand für eine Verordnung schätzt Fasold dennoch nicht hoch ein. „Wenn ich eine App wie ein Medikament verordne, dann kann ich dafür nicht wirklich eine extra Vergütung erwarten. Anders sieht es aus, wenn die Interaktion mit Patientinnen und Patienten via App ausgeweitet wird. Dann muss man sich überlegen, wie man diesen Aufwand vergütet“, meint Fasold. Das sei auch nötig, wenn Patientinnen und Patienten bei der Verordnung eine ausführliche Erklärung oder Hilfe bei Softwareproblemen vom Arzt erhalten sollen. „Wenn ich nächstes Jahr den Patienten ein M-sense-Rezept ausstelle und sie kennen die App, dann ist das, als ob ich eine Tablette verordne“, sagt er.

Datenschutzprobleme sieht der niedergelassene Arzt bei der Benutzung der App nicht unmittelbar. Problematisch sei es allenfalls, wenn eine Patientin oder ein Patient die Daten per E-Mail in die Praxis schicke. „Deshalb wäre es besser, wenn die Patienten die Daten über eine sichere Datenleitung in der Telemedizininfrastruktur übermitteln könnten, vielleicht über die elektronische Patientenakte“, sagt Fasold.

Dass das nützt, hat auch der Gesetzgeber erkannt. Der Gesetzentwurf, der das regeln soll, wurde bei Redaktionsschluss gerade vom Bundeskabinett verabschiedet. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG) legt außerdem die Grundlage für noch mehr Apps in der Versorgung. Den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) gesellt es digitale Pflegeanwendungen (DiPA) an die Seite, und bei den DiGA selbst wird in einigen Details nachgebessert. Dieses dritte Digitalisierungsgesetz aus dem Hause von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) dürfte eines der letzten neuen Leistungsgesetze in der Gesetzlichen Krankenversicherung der aktuellen Bundesregierung sein. Es kam nur wenige Monate, nachdem die ersten DiGA ihren Weg in die Versorgung gefunden haben.

DiGA-Basiswissen

Die 7 wichtigsten Fragen und Antworten rund um digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA):

1. Was unterscheidet eine DiGA von einer Fitness- oder Wellness-App?

Zweckbestimmung und Funktionsumfang entscheiden darüber, ob eine App als DiGA oder als Fitness- oder Wellness-App betrachtet wird. Eine DiGA dient explizit der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Erkrankungen. Primärpräventive Digitallösungen wie Fitnessstracker zählen nicht dazu. Auch Apps, die nur Daten aufzeichnen, gelten nicht als DiGA. Denn eine verordnungsfähige App muss Funktionen umfassen, die die Ärztin oder den Arzt bei Therapieentscheidungen oder bei der Diagnosestellung unterstützen.

2. Welche Rechtsgrundlage haben DiGA?

Die rechtliche Basis für die Verordnungsfähigkeit von Apps hat das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) geschaffen. Die Grundlagen sind im neuen § 33a SGB V geregelt. Dort sind DiGA als Medizinprodukte der niedrigeren Risikoklassen I oder IIa mit einer digitalen Hauptfunktion definiert. Ihr Zweck ist demnach die Unterstützung von Patientinnen und Patienten sowie Versicherten, unter Umständen auch von Ärztinnen und Ärzten.

3. Wie läuft das Verfahren der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis?

DiGA sind rechtlich als Medizinprodukte eingestuft. Dadurch entfällt der klassische Zulassungsprozess der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), den etwa Arzneimittel durch-

laufen. Stattdessen wurde ein sogenannter „Fast-Track“ beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) etabliert. Das BfArM muss demnach innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung durch einen DiGA-Hersteller und Vorliegen der vollständigen Unterlagen über die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis entscheiden. Die Aufnahme in das Verzeichnis ist die Voraussetzung für die Verordnungsfähigkeit zulasten der GKV. Aufgenommen waren bei Redaktionsschluss zehn Apps, davon drei dauerhaft und sieben zur Erprobung.

4. Welche Voraussetzungen muss eine App erfüllen, damit sie verordnungsfähig wird?

DiGA können auf zwei verschiedene Arten in das Verzeichnis aufgenommen werden: Wenn Hersteller eine dauerhafte Aufnahme beantragen, müssen sie positive Versorgungseffekte nachweisen. Dazu müssen valide Vergleichsstudien (Anwendung der DiGA versus Nichtanwendung) vorliegen. Möglich ist aber auch eine Aufnahme auf Erprobung für zunächst ein Jahr, wenn noch keine Evidenz für positive Versorgungseffekte besteht. Dazu muss der Hersteller anhand von systematisch ausgewerteten Nutzungsdaten plausibel darlegen, dass die DiGA eine Versorgungsverbesserung erwarten lässt und ein Evaluationskonzept vorlegen. Welche Anforderungen das BfArM im Detail an die Studien zum Nutznachweis stellt, erläutert die Behörde in ihrem DiGA-Leitfaden.

5. Wie wird eine DiGA verschrieben? Wie lösen Patientinnen und Patienten die Verordnung ein?

Die Verordnung erfolgt ganz normal mit Muster 16 über die Praxissoftware. Angegeben werden müssen die Phar-

mazentralnummer (PZN) und der Name der App. Die Patientin oder der Patient löst die Verordnung bei seiner Krankenkasse gegen einen Freischaltcode ein.

6. Wie wird die ärztliche Leistung vergütet?

Bei Redaktionsschluss war nicht bekannt, ob es für die Verordnung von DiGA ein gesondertes Honorar geben wird. Krankenkassen sowie Ärztinnen und Ärzte konnten sich darüber nicht einigen. Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses wurde Ende Februar 2021 erwartet.

7. Was kosten die Apps?

Bislang bewegen sich die Verordnungskosten pro Quartal zwischen 117 (Kalmeda) und 744 Euro (Elevida). Die meisten kosten rund 500 Euro (Velibra, Somnio, Selfapy, Invirto). Die Krankenkassen beklagen, dass die Kosten für die Apps mit Listung im DiGA-Verzeichnis zum Teil explodiert seien. Änderungen an der Preisfindung sind im neuen Digitalisierungsgesetz DVGPMG geplant.

Nützliche Links

1) <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/>
Das offizielle DiGA-Verzeichnis des BfArM

2) <https://www.kvapp radar.de/>
Das Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung (ZI) baut mit dem KV-App-Radar eine Plattform für Ärztinnen und Ärzte auf. Die Plattform soll einerseits einen Überblick über den Markt der Gesundheits-Apps bieten – weit über DiGA hinaus. Andererseits ist sie auch für den ärztlichen Erfahrungsaustausch über Apps und DiGA gedacht. Deshalb ist der Zugang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten.

3) <https://www.aezq.de/gesundheitsapps>
Eine Handreichung mit allen wichtigen Informationen für Ärztinnen und Ärzte stellt das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag von Bundesärztekammer und KBV hier zum Download zur Verfügung.

Zum Weiterlesen: Jan B. Brönneke, Jörg F. Debatin, Julia Hagen, Philipp Kircher, Henrik Matthies: DiGA Vademecum – was man zu Digitalen Gesundheitsanwendungen wissen muss. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2020

Kommen Apps zu leicht in die GKV-Versorgung?

Am 6. Oktober 2020 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) die erste App in ihr neues DiGA-Verzeichnis aufgenommen. Seitdem ist Deutschland das erste Land, in dem Apps auf Rezept verordnet werden können. Das Verzeichnis listete bei Redaktionsschluss zehn digitale Gesundheitsanwendungen auf. Rund 50 weitere Aufnahmeanträge von App-Herstellern lagen dem BfArM vor. Die Bundesbehörde ist die Stelle, die den Apps als Medizinprodukten der Klassen I oder IIa, also niedriger Risikoklassen, mit der Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis den Weg zur Erstattungsfähigkeit durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ebnet.

An dem sogenannten Fast-Track-Verfahren zur App-Prüfung beim BfArM scheiden sich allerdings bis heute die Geister – und zwar in vielen Hinsichten. Manche sehen die Zuständigkeit für die Zulassung eher beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Andere äußern Zweifel, ob das Selbstverwaltungsgremium G-BA, das nicht für schnelle Entscheidungen bekannt ist, mit der dynamischen Entwicklung auf dem Markt der Gesundheits-Apps mithalten könnte. Ziel des Gesetzgebers war es, einen schnellen Zugang in die GKV zu schaffen. Doch ob dieser Zugang angemessen, sicher und obendrein ausreichend qualitätsgesichert ist, wird immer wieder diskutiert.

„Ein Problem ist, dass der Gesetzgeber nicht einmal ärztlichen Sachverstand bei der Entwicklung von Gesundheits-Apps fordert und dass die Erprobung auf Rezept – und damit auf Kosten der Beitragszahler erfolgt“, sagt etwa Dr. med. Klaus-Peter Spies, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Versorgungsausschusses der Ärztekammer Berlin. Er meint, dass DiGA möglicherweise Lücken schließen können, die im Zuge des wachsenden Ärztemangels entstehen. „Aber eine Therapie ohne Arzt kann ich mir nicht vorstellen.“ Seine Haltung will Spies nicht als Grundsatzkritik verstan-



Foto: A. Wagenzik

Dr. med. Klaus-Peter Spies

den wissen. „Digitalisierung ist unter bestimmten Voraussetzungen selbstverständlich sinnvoll und kann sogar nützlich sein. Es wird natürlich DiGA geben. Wir müssen nur darauf achten, dass kein Wildwuchs entsteht.“

Auch die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat sich bereits zu Fragen der Digitalisierung positioniert. Schon im September 2019 hat sie ein Positionspapier zur Digitalisierung verabschiedet, das der Versorgungsausschuss erarbeitet hatte. Was dort über Apps und Wearables gesagt wird, hat Spies zufolge auch heute noch Gültigkeit.

„Es müssen Standards festgelegt werden, ob und wie mit Wearables und Gesundheits-Apps erhobene Daten interpretiert werden sollen und wer dafür verantwortlich ist. Die wirtschaftlichen Vorgaben des SGB V gelten auch für diese Neuentwicklungen, darüber hinausgehende Kosten können nicht mit Mitteln der Regelleistung abgedeckt werden“, so die Forderung der Berliner Kammerdelegierten. Mit dem Thesenpapier forderten sie auch: „Mit der Zulassung muss eine Bewertung erfolgen, inwieweit die Gesundheits-Apps in die ärztliche Diagnose- und

Therapiefreiheit hineinreichen. Diese kann nicht den Krankenkassen übertragen werden.“

Rund anderthalb Jahre später warnt Spies vor drei konkreten Problemen. Zum einen vermisst er valide Studien über den Zusatznutzen der Apps. Denn für die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis genügt ein Nutznachweis. Zum zweiten fürchtet er, „dass ein neuer Behandlungsmarkt von zweifelhaftem Nutzen entsteht“. Manche digitalen Gesundheitsanwendungen würden Ärztinnen und Ärzte mit Daten überschütten. „Dann muss der Arzt sich das ansehen und es bewerten. Die Leistungen werden ausgeweitet, aber mehr Geld gibt es nicht“, sagt Spies. Außerdem warnt das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin vor Haftungsrisiken für Ärztinnen und Ärzte. Da gibt es zum Beispiel eine DiGA, die nach Ausschluss akuter Suizidalität verordnet werden kann. Spies fragt: „Wer haftet im Zweifel, wenn sich ein Patient nach der Verordnung doch das Leben nimmt – der Arzt oder der App-Hersteller?“

Das BfArM sieht in Haftungsfragen keine Unterschiede zwischen Apps und anderen Medizinprodukten oder Arzneimitteln. „Grundsätzlich sollten sich

Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei einer Verordnung – analog zu den traditionellen Behandlungsoptionen – bewusst sein und im Rahmen ihres diagnostischen und therapeutischen Handelns bewerten, für welche Patient*innen eine bestimmte DiGA geeignet ist, welche Evidenz für die DiGA vorliegt und wie die Zweckbestimmung des Medizinproduktes beziehungsweise der DiGA gefasst ist“, teilte die Bundesbehörde auf Anfrage mit. Sie verweist darauf, dass alle entsprechenden Informationen im DiGA-Verzeichnis zu finden seien.

Wer soll das bezahlen?

Ähnlich beantwortet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Haftungsfrage: „Hier gelten die üblichen Sorgfaltspflichten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zum Beispiel hinsichtlich des indikationsgerechten Einsatzes.“ In mancher Hinsicht teilt die KBV die Kritik der Ärztekammer Berlin. Kritisch sieht sie etwa, wenn im DiGA-Verzeichnis Vorgaben zu den ärztlichen Leistungen in Verbindung mit der Verordnung einer DiGA gemacht werden. Es sei nicht transparent, auf welcher medizinischen Grundlage und durch welche ärztlichen Expertinnen und Experten diese Vorgaben getroffen werden, so die KBV auf Anfrage. Auch Vorgaben, welche Facharztqualifikation zur Verordnung einer DiGA erforderlich ist, lehnt die KBV ab. Aus ihrer Sicht fehlen für von dem Hersteller oder dem BfArM definierte DiGA-spezifische Verordnungsvorbehalte qualifizierte und nachvollziehbare Informationen. Zudem würden auch bei anderen ärztlich veranlassten Leistungen grundsätzlich keine entsprechenden Vorgaben existieren, so die KBV.

Offen war bei Redaktionsschluss noch, ob Ärztinnen und Ärzte für die Verordnung von DiGA und die damit verbundene Beratung ein Honorar erhalten sollen. Im Bewertungsausschuss konnte sich die KBV über diese Frage nicht mit den Krankenkassen verständigen. Zu weit lagen die Positionen auseinander. Während die KBV dem Vernehmen nach von einem deutlichen Mehraufwand für Ärztinnen

Modellrechnung: Mehrkosten für die GKV

Digitale Gesundheitsanwendung	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Indikation	Kosten bei Verordnung für 4 Quartale an alle Patientinnen und Patienten
velibra	1.523.630	2.901,0 Mio. Euro
Kalmeda mynoise	1.983.049	927,8 Mio. Euro
Vivra: Rücken, Knie und Hüfte	14.589.123	14.003,8 Mio. Euro
zanando	3.734.992	7.467,0 Mio. Euro
somnio	173.694	322,4 Mio. Euro
Invirto – Therapie gegen Angst	686.848	294,2 Mio. Euro
Elevida	265.973	791,3 Mio. Euro
M-Sense Migräne	3.281.455	2.887,5 Mio. Euro
Selfpays Online-Kurs bei Depression	5.756.587	12.434,2 Mio. Euro
Rehappy	831.314	1.118,9 Mio. Euro
Gesamtsumme		43.148,2 Mio. Euro

Quelle: Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung (ZI), 2020.

und Ärzte ausging, verglichen die Krankenkassen die Verordnung von DiGA mit der von Medikamenten, Hilfs- oder Heilmitteln, die nicht gesondert vergütet wird. Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses erfolgte nach Redaktionsschluss.

Mondpreise für eine Versorgungsinnovation?

Die Krankenkassen kämpfen indes an zwei Fronten ums Geld. Denn die ärztlichen Honorarforderungen erscheinen angesichts von Verordnungskosten zwischen 117 Euro und 744 Euro pro Quartal für eine DiGA wie Peanuts. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) hat hochgerechnet, dass allein die ersten zehn erstattungsfähigen Apps pro Jahr Kosten von mehr als 43 Milliarden Euro verursachen würden, wenn sie allen Patientinnen und Patienten mit den einschlägigen Diagnosen verordnet werden würden. Die Krankenkassen gehen davon aus, dass etwa jede bzw. jeder fünfte infrage kommende Patientin bzw. Patient eine solche App nutzen würde. Doch selbst dann entstünden der GKV Mehrkosten von 8,6 Milliarden Euro – ein Betrag, der durchaus beitragsatzrelevant wäre.

Bei einigen Apps sind die Preise nach Angaben der Krankenkassen mit der Leistung im DiGA-Verzeichnis quasi explodiert. In einem Positionspapier kritisierte der GKV-Spitzenverband Mitte Dezember 2020 „die exzessive Preisstrategie der Hersteller“ und klagte über Preissteigerungen um 400 bis 500 Prozent für DiGA in der Regelversorgung im Vergleich zu deren bisherigen Kosten im Selbstzahlermarkt. „Die Kosten stehen nicht im Verhältnis zu analogen GKV-Leistungen von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern“, so der Spitzenverband weiter. Er forderte dringend gesetzliche Nachbesserungen.

Entsprechende Änderungen sind nun im DVPMG vorgesehen. Nach der ursprünglichen Regelung im Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) dürfen die Hersteller im ersten Jahr nach der Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis die Preise selbst festsetzen. Ab dann gilt ein Preis, der mit den Krankenkassen verhandelt worden ist. Jetzt sieht das DVPMG vor, dass die Preisverhandlungen deutlich früher beginnen und die Verhandlungspreise nach spätestens neun Monaten greifen sollen.

Reicht die Aufnahmeprüfung aus?

Kritik gibt es auch am Aufnahmeprozess in das Verzeichnis erstattungsfähiger DiGA. Der GKV-Spitzenverband würde das Prüfverfahren lieber beim G-BA sehen. Er kritisiert, dass mit dem DiGA-Fast-Track beim BfArM „die Aufgabe der Ausgestaltung des Leistungskataloges der GKV der gemeinsamen und sozialen Selbstverwaltung entzogen“ werde. Doch der Gesetzgeber hält auch im DVPMG am Fast-Track fest. So fordern die Krankenkassen wenigstens intensivere Prüfungen der DiGA vor der Aufnahme in das Verzeichnis.

Derzeit prüft das BfArM die Angaben der Hersteller zu einer digitalen Gesundheitsanwendung einerseits auf allgemeine Kriterien wie Sicherheit, Qualität, Funktionsfähigkeit, Datenschutz und Datensicherheit. Gegenstand der Prüfung ist zudem, ob eine DiGA positive Effekte für die Versorgung verspricht. Dies gilt als erfüllt, wenn sie einen medizinischen Nutzen und/oder Ablauf- und Strukturverbesserungen für Patientinnen und Patienten bewirkt.

Problematisch ist dabei aus Sicht der Krankenkassen die „Oder“-Bestimmung. „Eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung allein sollte keine hinreichende Bedingung zur Erstattung darstellen. Zentrale und notwendige Anforderung für die Bewertung von DiGA muss der medizinische Nutzen für die Versicherten sein, der auch gegenüber bereits bestehenden Versorgungsangeboten geprüft und nachgewiesen wurde“, so die Position des GKV-Spitzenverbands.

Fakt ist: Der sogenannte Zusatznutzen im Vergleich zu bereits bestehenden Versorgungsangeboten ist derzeit nicht in jedem Fall verpflichtend Gegenstand der BfArM-Prüfung. Gefordert sind lediglich Studien, die zeigen, dass die Anwendung der DiGA einen Vorteil gegenüber der Nichtanwendung bringt. „Die Nichtanwendung der DiGA kann

die Nichtbehandlung (zum Beispiel während einer Wartezeit zwischen Diagnose und Therapie) oder eine reguläre Behandlung ohne die digitale Gesundheitsanwendung sein. Wichtig ist, dass die Auswahl des Komparators der Versorgungsrealität entsprechen muss. Die Versorgungsrealität kann demnach auch eine bereits verordnungsfähige Methode darstellen“, erläuterte das BfArM auf Nachfrage.

Die „Oder-Bestimmung“ wiederum erklärt das Bundesinstitut mit dem Willen des Gesetzgebers: „Der Gesetzgeber hat hier angesichts der besonderen technologischen Möglichkeiten bei DiGA zur Unterstützung der Versorgung bewusst die patientenrelevanten Struktur- und Verfahrensverbesserungen als Option zum Nachweis eines positiven Versorgungseffektes vorgesehen.“ Laut BfArM wurde aber bislang in allen Anträgen zur Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis – mit einer Ausnahme – ein medizinischer Nutzen postuliert. In etwa 70 Prozent der Anträge machten die Hersteller zusätzlich patientenrelevante Verfahrens- und Strukturverbesserungen geltend. „Sämtliche bislang im BfArM-Verzeichnis gelisteten DiGA nehmen somit für sich mindestens einen medizinischen Nutzen in Anspruch und haben zum Nachweis bereits eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) durchgeführt oder sehen dies im Rahmen der weiteren Evidenzgenerierung vor“, so das BfArM.

Was ist mit dem Datenschutz?

Bleibt noch die Frage nach dem Datenschutz. Hier will das Bundesgesundheitsministerium seine Anforderungen mit dem DVPMG deutlich nachschärfen. Denn bislang ist eine technische Überprüfung der diesbezüglichen Herstellerangaben durch das BfArM nicht vorgesehen. Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen und die wahrheitsgemäße Bestätigung gegenüber dem BfArM liegen allein in der Verantwortung der Hersteller. Zwar gibt es

Sanktionsmöglichkeiten bei Verstößen. Dennoch sah auch die Bundesbehörde bei Redaktionsschluss im Januar 2021 hier noch Handlungsbedarf.

Spahns drittes Digitalisierungsgesetz plant in diesem Bereich verschiedene zusätzliche Maßnahmen. So wird dem BfArM mit dem Gesetzentwurf bei der Prüfung von Datenschutz und Datensicherheit das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) zur Seite gestellt. Auch ein verpflichtendes Zertifikat für die Informationssicherheit ist vorgesehen. Zudem wird für die Zeit nach der endgültigen Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis eine genauere Dokumentation von Änderungen an den Produkten vorgegeben.

Patientinnen und Patienten machen sich indes oft wenig Sorgen um den Schutz ihrer Gesundheitsdaten. „Wen interessiert das, was ich mache?“, fragt zum Beispiel die Schlaganfallbetroffene Gabo. Die 64-jährige Berlinerin nutzt seit 2019 auf Einladung des Herstellers die Schlaganfall-Reha-App Rehappy. Ihr Schlaganfall lag da schon zwölf Jahre zurück. Seit 2007 ist sie halbseitig gelähmt. Doch damit wollte sich Gabo nicht abfinden. So begann sie selbst zu forschen, wie sie ihre Beeinträchtigungen lindern kann. Inzwischen ist Gabo in der noch jungen Schlaganfall-Selbsthilfe aktiv und hat sich zur Schlaganfallhelferin ausbilden lassen. Über ihre Erfahrungen hat sie ein Buch geschrieben („Als mich der Schlag traf“).

Gabo findet, dass die App leicht zu handhaben und übersichtlich ist. „Ich hatte nicht eine Sekunde Probleme, damit umzugehen“, berichtet sie. Gut ein Jahr später nutzt sie die App, die inzwischen ärztlich verordnet werden kann, immer noch. „Die App ist ein schöner Begleiter, der mir immer wieder Mut macht“, meint Gabo. Die App unterstütze Betroffene auch in schwierigen Phasen dranzubleiben. „Nützlich und hilfreich“ findet Gabo die vielen Funktionen und Informationen – dazu zählen unter anderem Aktivitätsmessung, Lexikon, Rehatagebuch, Aktivitätspläne. Sie hält es für sinnvoll, dass es nun Apps auch auf Rezept gibt.

Was sagt die Bundesärztekammer?

Bislang gibt es nur vereinzelte Rückmeldungen von Patientinnen und Patienten zu den Apps auf Rezept. Dazu ist das neue Instrument erst zu kurz in der Versorgung. Bei einer Veranstaltung des Health Innovation Hub (hih) – ein Projekt des Bundesgesundheitsministeriums, das die DiGA auf den Weg in die Versorgung gebracht hat – berichteten jedoch einige Ärztinnen und Ärzte von ihren ersten Erfahrungen (rechts).

Als „eindeutiger Befürworter“ von DiGA trat dort der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, auf. Er zeigte sich überzeugt, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen an ganz vielen Stellen nützlich seien. „Sie sind sicher sinnvoll im Hinblick auf die Compliance, auf die Informiertheit von Patienten. Sie strukturieren den Dialog im Hinblick auf die Kontrolle von Therapie. Sie können hilfreich sein bei der Stellung von Diagnosen und beim Erheben von Befunden“, sagte Reinhardt. Er kann sich auch vorstellen, dass DiGA perspektivisch Funktionen wie Langzeit-EKG und -Blutdruck unterstützen. „Ich verspreche mir von den guten und vernünftigen digitalen Anwendungen wirklich einen ernsthaften und ehrlichen Mehrwert für die Betreuung von Patienten“, so Reinhardt weiter. Denkbar seien auch Vorteile für die Forschung, wenn Datenspenden ermöglicht werden, meint er.

Wünschenswert für die Fortentwicklung der Apps wäre aus Sicht des BÄK-Präsidenten ein Dialog zwischen dem BfArM und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Zudem sei es nötig, dass die digitalen Gesundheitsanwendungen auch Einzug in die medizinische Aus- und Weiterbildung und in Fortbildungen halten. Reinhardt zeigte sich überzeugt, dass es nur eine Frage der Zeit sei, bis Ärztinnen und Ärzte DiGA als ein Tool von vielen in der Versorgung erleben: „Ich glaube, dass wir viele Dinge, die DiGA heute machen, einmal als völlig selbstverständlich in unseren ärztlichen Alltag integrieren werden.“

Angela Misslbeck
Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

Das sagen Ärztinnen und Ärzte über bereits verordnungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen

Noch sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nicht in der Versorgung etabliert. Daher sind erste Erfahrungen damit selten. Bei einer Veranstaltung des Health Innovation Hub (hih) des Bundesgesundheitsministeriums, das den DiGA-Fast-Track entwickelt hat, kamen Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachgruppen zu Wort, die bereits Apps auf Rezept verordnet haben. Ihre Stimmen haben wir hier eingefangen.

HNO-Arzt Dr. Lothar Bleckmann über Kalmeda

Der Hals-Nasen-Ohren-Arzt Dr. med. Lothar Bleckmann aus Kleve hat seinen Tinnitus-Patientinnen und -Patienten bereits die App Kalmeda verordnet. Er hat die Entwicklung der App im HNO-Net Nordrhein-Westfalen begleitet. Bislang konnte er die Nutzung nur empfehlen. „Dadurch, dass es bisher aber eine Selbstzahlerleistung war, habe ich keine Rückmeldung erhalten.“

Auch jetzt hat er noch keine Rückmeldungen, aber: „Das Interesse der Patienten ist auf jeden Fall da.“ Einzelne Patientinnen und Patienten fragen konkret danach. Bleckmann betrachtet die App als Möglichkeit, ihnen ein Hilfsmittel an die Hand zu geben, während die leitliniengerechte Verhaltenstherapie mit langen Wartezeiten oder weiten Wegen verbunden ist. Er räumt aber auch ein, dass einer 75-Jährigen, die seit 20 Jahren an Tinnitus leidet, mit der App nicht geholfen sei. „Die braucht das auch nicht mehr“, sagt er.

Die Verordnung der DiGA sei absolut simpel: „Aber natürlich gehört ein bisschen Aufklärungsarbeit dazu.“ Man müsse den Patientinnen und Patienten erklären, was sie mit der App machen können, und dass das Rezept eben nur für drei Monate gilt. Diese zeitliche Begrenzung begrüßt Bleckmann als sinnvolle Möglichkeit, den Therapieverlauf ärztlich zu kontrollieren.

Schlafmediziner Prof. Dr. med. Christoph Schöbel über Somnio

Prof. Dr. med. Christoph Schöbel, Schlafmediziner der Uniklinik Essen, setzt bei Patientinnen Patienten mit Schlafstörungen ohne körperliche Ursachen die App Somnio ein. Die Betroffenen bräuchten eigentlich eine kognitive Verhaltenstherapie, doch die sei oft nicht verfügbar, sagt Schöbel. Somnio fülle diese Lücke. „Das Interesse ist groß“, berichtet der Schlafmediziner.

Viele Patientinnen und Patienten hätten schon andere Apps probiert. „Wir sind froh, dass wir eine App anbieten können, die wirklich medizinisch evidenzbasiert auf Basis einer randomisiert-kontrollierten Studie beweisen kann, dass sie die gewünschten Effekte bringt“, erklärt Schöbel. Er geht zwar davon aus, dass die App nicht für alle Patientinnen und Patienten geeignet ist, hofft aber dennoch, dass sie ein fester Baustein in der Versorgung wird. Die App müsse sinnvoll in den Patientenpfad passen. „Nach Ausschluss körperlicher und anderer Ursachen sollte die App das Mittel der ersten Wahl sein“, meint Schöbel.

Der Essener Arzt ist der Auffassung, dass die App intuitiv bedient werden kann. Sie umfasse Wissensvermittlung und Entspannungstechniken. „Übungen sind ganz wichtig.“ Seine Patientinnen und Patienten führen mit der App auch ein Schlaftagebuch. „Das kann ich nutzen, um zu sehen, ob die App etwas bringt“, so der Schlafmediziner.

Psychotherapeut Otto Willich über Velibra

Der Diplom-Psychologe Otto Willich sammelt am Klinikum Wilhelmshaven schon seit 2015 Erfahrungen mit Velibra. Seine Studien belegen, dass die Wirkung der App mit der Wirkung von Psychotherapie vergleichbar ist. In manchen Studien sei die App sogar überlegen. Mit Blick darauf, dass Patientinnen und Patienten oft sechs Monate oder länger auf eine Psycho-

therapie warten müssten, könne die App zur Überbrückung eingesetzt werden. Auch bei der Entlassung aus der Tagesklinik hält Willich den Einsatz für sinnvoll. „Mit der App kann der Patient am Ball bleiben“, meint er. Der Psychotherapeut hat jedoch noch keine Verordnung vorgenommen. „Das hängt damit zusammen, dass ich kein Rezept ausstellen kann, sondern eine Verordnung an

die Krankenkasse schicken müsste. Ich fürchte, es wird in der Klinik etwas umständlicher werden als bisher“, sagt Willich. Er hofft, dass die Krankenkassen die Anträge unkompliziert genehmigen. Zudem begrüßt er, dass es nicht nur eine, sondern bereits mehrere DiGA für psychische Erkrankungen gibt. „Ich bin begeistert und hoffe, dass da noch weitere dazu kommen“, sagt er.

Statement

„Digitale Gesundheitsanwendungen unterstützen Patienten, wo Ressourcen fehlen“

Der Berliner Schmerztherapeut Dr. med. Philipp Stachwitz begrüßt, dass er seinen Patientinnen und Patienten nun digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnen kann. Als Director Medical Care des Health Innovation Hub (hih) hat er den Weg der DiGA in die Versorgung aufmerksam verfolgt. Stachwitz ist überzeugt, dass DiGA das Potenzial haben, in bestimmten Bereichen die medizinische Versorgung deutlich zu verbessern.

„Bei vielen Erkrankungen geht es darum, dass Patienten selber aktiv werden. Aber um Menschen dabei zu unterstützen, Einstellungen und Verhalten zu verändern, fehlen oft die Ressourcen, oder der Zugang fällt Patienten schwer. Wenn wir das teilweise ausgleichen können, indem wir ihnen eine unterstützende digitale Lösung verordnen, ist das für mich ein Fortschritt“, so Stachwitz. Er rät seinen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, sich das DiGA-Verzeichnis anzusehen. „Dort finden Ärzte eine Menge Informationen über alle DiGA, die bisher verordnungsfähig sind.“ Stachwitz verweist vor allem auf die speziellen Informationen für Fachkreise, die im Verzeichnis zu jeder einzelnen DiGA zusammengefasst sind.

Zweimal hat Stachwitz, der einen Tag pro Woche angestellt in einer schmerztherapeutischen Praxis arbeitet, Patientinnen und Patienten bislang eine DiGA verordnet. „Die Verordnung einer DiGA ist im Grunde einfach“, findet er. Nach seiner ersten Verordnung kam eine Nachfrage des Patienten: „Die Krankenkasse hatte eine Diagnose auf dem Rezept gefordert, obwohl das explizit nicht vorgesehen ist.“ Nachdem der Arzt auf Bitte des Patienten Kontakt zur Krankenkasse aufgenommen hatte, habe sich diese dann aber sehr kooperativ gezeigt.

Stachwitz berichtet, dass er eine DiGA nicht einfach verordne, sondern mit den Patientinnen und Patienten darüber spreche, ob sie sich die Nutzung vorstellen können. Dazu hat er sich die DiGA selbst angeschaut. Und er bittet auch seine Patientinnen und Patienten, sich die App erst einmal anzusehen. „Ich möchte, dass Patienten das dann auch nutzen“, sagt er.

Der Schmerztherapeut und hih-Experte findet wichtig, dass in die Entwicklung von DiGA der Sachverstand von Ärztinnen und Ärzten sowie der Gesundheitsberufe eingeflossen ist, wenn Hersteller die Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis beantragen. „An diesem Punkt kommen Apps wohl kaum ohne ärztliche Expertise aus“, meint er. Bei manchen DiGA-Herstellern sind Medizinerinnen und Mediziner, Bio-



Foto: R. Lehmann Fotografie

Dr. med. Philipp Stachwitz loginnen und Biologen, medizinische Fachgesellschaften oder Universitätskliniken auch unternehmerisch eingebunden.

Dennoch würde Stachwitz eine noch engere Verzahnung von Ärztinnen und Ärzten, die nun DiGA verordnen, mit den Herstellern begrüßen. „Bei Fragen der praktischen Anwendbarkeit ist es wichtig, dass die Hersteller merken, dass Ärztinnen und Ärzte mit ins Boot müssen“, sagt er. „Jetzt geht es darum, dass wir Erfahrungen damit sammeln. Meine persönlichen ersten Erfahrungen mit der Verordnung sind positiv.“

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/Referierende	Veranstaltungsort	Informationen/Teilnahmeentgelt	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> Termine Frühjahr 2021 03.03.2021 21.04.2021 05.05.2021 	Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin	Der Kurs findet als Live-Webinar statt.	Informationen und Anmeldung: Anja Hellert, Tel.: 030 40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Teilnahmeentgelt: 550 €	je 3
<ul style="list-style-type: none"> 01.03.2021–28.02.2022 	Online-Fortbildung: STEMI Einfach erkennen in Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V.	Lernplattform der Ärztekammer Berlin Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Informationen: Sabrina Cholch-Beyaztas und Cameron Hadan Tel.: 030 40806-1217 oder -1209 E-Mail: stemi@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnahmeentgelt: 30 € (Teilnehmende aus Berlin, Oberhavel und Havelland wenden sich vor der Buchung bitte an ihre/n ärztliche/n Stützpunktleiter/in.)	2
<ul style="list-style-type: none"> 20.03.2021 und 24.03.2021 	„Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Der Kurs findet als Live-Webinar statt.	Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e. V. Dorothea Sauter, M.Sc. Psych. Céline Simon, M.A. Philosophie Tel.: 030 2759-5353 E-Mail: simon@signal-intervention.de Teilnahmeentgelt: kostenfrei	beantragt
<ul style="list-style-type: none"> Modul 1 vom 26.–28.04.2021 Modul 2 vom 31.05.–02.06.2021 Modul 3 vom 06.–08.09.2021 Modul 4 (Transfertag) am 15.11.2021 	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11–13 14109 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1402 E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnahmeentgelt: 3.680 €	80
<ul style="list-style-type: none"> 07.05.2021 	Aus Fehlern lernen – CIR5 für Einsteigerinnen und Einsteiger	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnahmeentgelt 100 € bzw. 70 € für Mitarbeitende in einem Mitgliedskrankenhaus des Netzwerk CIR5 Berlin	10
<ul style="list-style-type: none"> 31.05.–02.06.2021 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnahmeentgelt: 280 €	24
<ul style="list-style-type: none"> 02.–04.06.2021 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnahmeentgelt: 260 €	20
<ul style="list-style-type: none"> 12.06.2021 	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik Ausgebucht!	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnahmeentgelt: 165 €	8

Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung laut 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.

Termine: jeweils **mittwochs 17:00–19:30 Uhr**
 (9 Stunden Theoriekurs) 03.03.2021: Prävention
 21.04.2021: Häufige Vorstellungsanlässe
 05.05.2021: Schwere akute Erkrankungen/Notfälle

Veranstaltungsort: Der Kurs findet im Frühjahr 2021 als Live-Webinar statt.
Teilnahmeentgelt: 550 €
 Das Teilnahmeentgelt deckt auch die Hospitation in der Praxis ab. Diese darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnahmeentgelts erfolgen.

Informationen und Anmeldung: Anja Hellert
 Tel.: 030 40806-1203
 E-Mail: A.Hellert@aekb.de

Grundkurs im Strahlenschutz und Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung

Die Lehrinhalte entsprechen der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“. Die Kurse wurden gemäß § 51 der Strahlenschutzverordnung vom Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin anerkannt.

Grundkurs im Strahlenschutz

Bitte beachten Sie, dass Sie vor Beginn des Grundkurses bereits den 8-stündigen Kennniskurs absolviert haben müssen. Die Teilnahme am Grundkurs ist Voraussetzung für die Teilnahme an den Spezialkursen.

Präsenz-Termine: 31.05.–02.06.2021

Teilnahmeentgelt: 280 €

Fortbildungspunkte: 24

Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen (außer CT, DVT und interventionelle Radiologie)

Präsenz-Termine: 02.–04.06.2021

Teilnahmeentgelt: 260 €

Fortbildungspunkte: 20

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216
 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de
<https://anmeldung-fb.aekb.de/>

Ärztliche Führung – Ein praxisorientiertes Intensivprogramm

Ärztliche Führungskompetenz ist angesichts der vielfältigen Anforderungen in der Patientenversorgung wichtiger denn je. Wie Sie als Ärztin oder als Arzt in Ihrem Alltag in Ihrem Umfeld professionell führen können, lernen Sie in diesem Kurs. Während zehn intensiven Kurstagen geht es um die Stärkung Ihrer Führungskompetenzen und -fähigkeiten.

Ärztinnen und Ärzte in Führungsfunktionen bewegen sich jeden Tag in einem Spannungsfeld unterschiedlichster Erwartungen: Die Patientenversorgung ist durch eine enorme Arbeitsverdichtung, komplexere Krankheitsbilder, zunehmende Anforderungen an die berufsgruppenübergreifende Kooperation, steigenden Aufwand für die Sicherung der Behandlungsqualität inklusive Dokumentation sowie wirtschaftlichen Druck gekennzeichnet. In diesem Umfeld Mitarbeitende motivierend zu führen, die ihrerseits unterschiedliche Voraussetzungen und Vorstellungen mitbringen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zielführend zu gestalten und als Führungskraft wirkungsvoll zu handeln, ist anspruchsvoll und will gelernt sein.

Welche Führungskompetenzen brauchen Sie dafür? Welche Stärken bringen Sie persönlich ins Spiel? Wie können Sie diesen Herausforderungen souverän begegnen?

Der Kurs vermittelt das nötige konzeptionelle Wissen und die Evidenz dazu. Essenzielle Kompetenzen werden trainiert, um wirkungsvoll führen zu können. Der Kurs verbindet Wissenschaft mit Praxis und setzt auf eine inspirierende Lernkultur mit unterschiedlichen Dozierenden.

Dieses praxisorientierte Intensivprogramm stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärztinnen und -ärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung, zum Beispiel MVZ.

Präsenz-Termine: Kurs 2021:
 Modul 1 vom 26.–28.04.2021
 Modul 2 vom 31.05.–02.06.2021
 Modul 3 vom 06.–08.09.2021
 Modul 4 (Transfertag) am 15.11.2021

Veranstaltungsort: Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee
 Am Sandwerder 11–13, 14109 Berlin

Teilnahmeentgelt: 3680 €

Fortbildungspunkte: 80

Informationen: Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 40806-1200
 Organisation: Elke Höhne, Tel.: 030 40806-1402
 E-Mail: Aerztliche-Fuehrung@aekb.de

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

Aus Fehlern lernen – CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) dienen der Patientensicherheit, da Krankenhäuser mit ihrer Hilfe aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten auftreten, systematisch lernen. Um ein internes CIRS kompetent zu betreuen, benötigen die verantwortlichen Mitarbeitenden Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

Präsenz-Termin: Fr., 07.05.2021

Teilnahmeentgelt: 100 €

70 € ermäßigt (für Mitarbeitende in einem Mitgliedsrankenhaus des Netzwerk CIRS Berlin)

Fortbildungspunkte: 10

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und

Anmeldung:

Tel.: 030 40806-1203

E-Mail: A.Hellert@aekb.de

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

Wir stehen an der Schwelle: Gesundheitsämter in der Vorbereitung auf die 3. Welle

Knapp ein Jahr im Pandemiemodus: Die Gesundheitsämter stehen an einer Schwelle und warten auf die kommenden Zahlen der Neuinfektionen, die den Mitarbeitenden Aufschluss geben, wie es weitergehen soll – in den nächsten Tagen, Wochen, Monaten. Deshalb rufen Nicolai Savaskan, Neuköllns Amtsarzt und seine Kommunikationschefin Christine Wagner zu einer weniger bevormundenden Corona-Politik auf und plädieren dafür, die Bürgerinnen und Bürger mehr einzubeziehen.

Eigentlich stehen wir permanent an dieser Schwelle, und nie ist abschließend zu sagen, wo die Pandemie hinsteuert und welche Interventionen unter den Bedingungen einer freiheitlich-liberalen Gesellschaft die geeignetsten sind, um einzulocken für mehr gesundheitliche Sicherheit, für mehr Freiheit.

Wenn das Virus mutiert, ist die Sicherheit nur eine vermeintliche

Wir wissen aus Korrelations- und Modellierungsstudien sowie durch Daten der vergangenen Monate, dass Kontaktbeschränkungen, Schließungen von öffentlichen Einrichtungen und auch von Landesgrenzen effektiv sind, ebenso die Maskenpflicht (Gusetta et al., 2021; Brauner et al., 2020; Haug et al., 2021). Wir haben gelernt, damit umzugehen, die Beschränkungen in ihren verschiedenen Ausführungen sind uns vertraut, doch kaum etwas scheint verlässlich, wenn das Virus mutiert. Hier fehlen die Daten. Nicht aus dem Labor, nicht modelliert, sondern aus der realen Lebenswelt.

Nun sind sie aber da, die neuen Virusmutationen, die unter anderem in Portugal und Großbritannien erneut zu Bildern von überfüllten Krankenhäusern führten und uns verdeutlichen, dass unsere Sicherheit in Deutschland nur eine vermeintliche ist und dass obwohl die Inzidenzen stetig auf ermutigende Weise sinken, vonseiten der Politik und Wissenschaft jedoch kaum ein Hoffnungs-

schimmer auf baldige Normalität zu erkennen ist. Im Gegenteil, ein erhobener Zeigefinger wirkt als Damoklesschwert über den Bedürfnissen nach menschlicher Nähe, nach unbeschwertem Leben und vor allem nach dem Routinebetrieb in Kitas und Schulen.

Maßvoll Interventionen anwenden

Wir wissen aus Modellierungsstudien (Persson et al., 2011; Chen & Qiu, 2020), dass Schulschließungen einen positiven Einfluss auf das Infektionsgeschehen haben. Allerdings sind Erkenntnisse allein aus diesen Korrelationen schwer zu interpretieren, wenn mit Schulschließungen nicht auch differenziert auf die Schulform geblickt wird und obendrein das gesamte außerschulische Kontaktgeschehen bei der Betrachtung außen vor bleibt.

Demgegenüber stehen die Expertenmeinungen von Kinderärztinnen und -ärzten sowie von Verbänden, die vor negativen Auswirkungen von Kontaktbeschränkungen auf die psychische Gesundheit der Jüngsten warnen. In einer aktuellen Studie des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main wurde mittels Rachenabstrichtestungen der Frage nachgegangen, ob Kinder verschiedener Schultypen die Pandemie befeuern könnten. Ergebnis dieser Interventionsstudie ist, dass Grundschulen und Horte keine Treiber der Pandemie sind (Heudorf et al., 2020). Aus pädiatrischer Sicht

sollte zudem berücksichtigt werden, dass bei allen Maßnahmen die Verhältnismäßigkeit des Nutzens zum möglichen Schaden abgewogen werden muss. Klar ist, die Gesundheit von Kindern sowie Schülerinnen und Schülern ist ein sehr hohes Gut. Kinder sind besonders vulnerabel. Für Kinder sind Schulen und Kitas von grundlegender Bedeutung, denn sie treffen im Kern ihre sozialen und intellektuellen Grundbedürfnisse, sie bestimmen ihre Entwicklung. Schulen und Kitas spielen zudem eine wesentliche Rolle bei der Aufdeckung medizinischer oder sozialer Probleme wie Vernachlässigung. Sie dienen als Sensor und Motor des Chancenausgleichs bei unterschiedlichen Elternhäusern. Insofern bedürfen jedwede Einschränkungen, die Kindern auferlegt werden, einer wissenschaftlich konkret belegbaren Rechtfertigung, zumindest einer Abwägung von Nutzen und Schaden. Ein begrüßenswerter Vorstoß ist hier die Erstellung der S3-Leitlinie „Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen“.

Corona als Motor zur Transformation der Gesundheitsämter

Wo stehen wir nun als Gesundheitsamt in dieser Pandemie und wie arbeitsfähig sind wir wirklich in Anbetracht all dieser Einflussfaktoren? Diese Frage ist ad absurdum diskutiert worden, meist in einem gleichförmigen Klage-ton über Personalmangel, schlechten Verdienst und die marode technische Ausstattung. Die Gesundheitsämter hatten schon vor der Pandemie unzureichende Arbeitsstrukturen, es gab noch zu viele Faxgeräte und wilde Insellösungen bei IT-Verfahren. Dann kam Corona, der Motor zur Transformation. Um ein Infektionsgeschehen in ungeahnter Größe beherrschen zu können, reichte der Fünfklang der Fachbereiche (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpsychiatrie, Hygiene und Umweltmedizin sowie die Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs und chronischen Erkrankungen) nicht mehr aus. Die Zuständigkeiten erschöpften



Das Corona Abstrich Zentrum (CAZ) des Gesundheitsamtes Neukölln ist für Bürgerinnen und Bürger zu Fuß, per Velo und per Auto einfach zu erreichen. Die lange Wegführung zum Haus erlaubt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pandemiestabs ein entzerrtes Arbeiten bei den Abstrichentnahmen. Insgesamt wurden in den vergangenen Monaten rund 10.000 Tests durchgeführt.

sich mancherorts bereits an der Frage des Selbstschutzes im Kontakt mit den Bürgerinnen und Bürgern. Die Etablierung eines Pandemiestabs war die logische Konsequenz. Zunächst besetzt mit dem eigenen Stammpersonal, aufgestockt mit Personal aus anderen Bereichen der bezirklichen Verwaltung und schließlich ergänzt etwa durch externe Hilfskräfte wie Bundeswehrosoldatinnen und -soldaten, RKI-Containment-Scouts und MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter. Neuköllns Pandemiestab wuchs auf eine Größe von 245 Mitarbeitenden, ein spezialisiertes Team, das sich tagtäglich mit dem Coronavirus, seiner Eindämmung und all den Spitzfindigkeiten der RKI-Handlungsempfehlungen und dem politischen Drumherum auseinandersetzt.

In der Vergangenheit war es das Allerwichtigste, egal zu welchem Zeitpunkt man darauf blickte, die Kontaktpersonennachverfolgung aufrechtzuerhalten. Zahlen, die politisch von Relevanz sind und häufig als Gradmesser der Auslastung der Gesundheitsämter herangezogen werden, entstanden, ohne die Ge-

sundheitsämter hierbei wirklich einzubeziehen. Beispielsweise wurde pauschal angenommen, dass Gesundheitsämter über der Inzidenz von 50 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner die Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr ausreichend gewährleisten könnten, um das infektiologische Geschehen zu beherrschen. Mittlerweile steht die Zahl 35/100.000 im Diskurs. Die epidemiologische Lage auf Seiten der Bürgerinnen und Bürger sowie der Gesundheitsämter und aller medizinischen Einrichtungen hat sich an der Schwelle der 2. zur 3. Welle grundlegend geändert.

Dabei müssten wir uns an dieser Stelle eher fragen, was ein Gesundheitsamt für die Bevölkerungsmedizin, Public Health, in der Pandemie leisten soll. Also, welche Art von Eindämmungsstrategie wir uns leisten wollen. Eine klassische Fallbearbeitung dauert etwa drei Stunden, das ergibt eine berlinweit konsentrierte Personalbedarfskalkulation. Allerdings ohne Quarantänebetreuung, ohne Aufklärung, ohne Hotline für die Bürgerinnen und Bürger. Ein akti-

ver Fall kostet summa summarum pro Woche etwa 15 Stunden an Arbeit. Bei 1.000 aktiven Fällen pro Woche würden dafür 375 Mitarbeitende benötigt – alleine für die Fallbearbeitung. Diese Zahlen abzudecken, bleibt auch nach einem Jahr der Pandemie noch Utopie.

Gewiss ließe sich Personal einstellen und schulen, aber die technische Ausstattung kommt dabei an ihre Grenzen, ebenso wie die Zugänge zum Landesnetz und die räumlichen Ressourcen. Also sind es die Arbeitsprozesse, die effizienter ablaufen müssen, sowie eine interne Anpassung und das Einbeziehen der informierten Bürgerinnen und Bürger an geeigneter Stelle. Bereits nach einem halben Jahr – zu Beginn der zweiten Welle – war es letzteren möglich, sich aktiver als bisher in die Pandemiebekämpfung einzubringen. So müssen beispielsweise nicht mehr die Fallbearbeiterinnen und -bearbeiter sämtliche Kontakte des Indexfalles anrufen, sondern die betroffene Person oder Eltern, Lehrerinnen und Lehrer bzw. Heimleitungen erledigen das selbst. Dafür wurde mit der Allgemeinverfügung eine rechtliche Grundlage geschaffen. Zunächst gab es den Aufschrei, diese Aufgaben seien hoheitlich und nicht durch die Bevölkerung zu tragen. Quasi eine Zumutung. Allerdings eine, die funktioniert. Heute wundert sich niemand mehr, wenn der Arbeitgeber sie oder ihn im Auftrag des Gesundheitsamtes in Quarantäne schickt.

Der Pandemiestab garantiert eine schnelle Lageanpassung

Der Pandemiestab ist obendrein nicht nur gewachsen, sondern auch hoch spezialisiert. In Neukölln besteht er aus fünf Hauptstäben mit streng hierarchischen Strukturen, die eine schnelle Lageanpassung garantieren. Hervorzuheben ist der Einsatzstab, der sich vornehmlich um Themen wie die Durchführung der Coronatestungen, Fallermittlungen und den Schutz vulnerabler Gruppen kümmert, und dafür mehrere Unterstäbe koordiniert, sodass unabdingbares Wissen sicher verfügbar ist. So gibt es beispiels-

weise Teams, die sich nur mit Alten- und Pflegeheimen befassen, oder ausschließlich mit Kitas und Schulen. Im Kommunikations- und Strategiestab findet sich die Hotline, aber eben auch eine Struktur für die Belange der bürgernahen Kommunikation.

Dabei geht das Gesundheitsamt Neukölln in der Tat neue Wege der (Behörden-)Kommunikation, zum Beispiel durch die Erstellung eigener medialer Inhalte, wie den Podcast „Feierabendfunk“, oder durch gezielte Pressearbeit sowie durch Strategieplanung anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse, die es auf kommunale Bedingungen, also auf die tatsächlichen Lebenswelten der Menschen, anzuwenden gilt. Das föderale System hat an dieser Stelle durchaus einen entscheidenden Vorteil. So kann auf einzelne Bevölkerungsgruppen gezielt eingegangen werden. Was durch Kampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder der Bundesregierung an mancher Stelle eher allgemein und hölzern bleibt, wird auf kommunaler Ebene mit Leben gefüllt.

Um bürgernah aufklären und beraten zu können, haben wir eine mobile hausärztliche Beratungssprechstunde eingeführt und fahren, begleitet von einem

sprachmittelndem Team des Bezirksamtes, mit einem Testmobil in die Kieze Neuköllns. So können wir vor Ort die Menschen erreichen, die sonst den Weg in Arztpraxen oder Testzentren scheuen würden. Hierdurch ist es möglich, nach entsprechender Testindikation, direkt mit den durch das Coronavirus Erkrankten zu sprechen und so eine Nähe zu Bevölkerungsgruppen zu schaffen, die den Behörden sonst eher kritisch bis ablehnend gegenüberstehen. Schwellen gab es also viele: personelle, technische, strukturelle.

Public Health-Interventionen in der Anwendung

Und jetzt stehen wir erneut an einer Schwelle – einer entscheidenden. Immer mehr Schnelltests halten Einzug in Privathaushalte, in denen niemand medizinisch vorgebildet ist. Dafür sind diese Tests noch gar nicht zugelassen und so gibt es viele Fehlerquellen, heißt es von Laborexpertinnen und -experten. Aus Studien wissen wir allerdings, dass auch Menschen ohne entsprechende Vorkenntnisse nach Lektüre einer Anleitung durchaus in der Lage sind, einen Selbstabstrich durchzuführen. Und zwar ohne signifikanten Unterschied im Hinblick auf die Ergebnisse von Fremd-

abstrichen durch medizinisches Personal (Lindner et al., 2021). Wir stehen an einer Schwelle und müssen vertrauen, dass der Großteil der Bevölkerung in der Lage ist, solche Tests selbst durchzuführen – um Verwandte zu besuchen, um das Kind in die Schule zu schicken oder um mit einem guten Freund zu Abend zu essen. Egal, ob wir diese zulassen oder nicht. Und das bejahen wir. Die falsche Sicherheit bei einem möglicherweise falsch negativen Test ist gering

und womöglich würde ein Treffen sonst ohne Test zustande kommen. So besteht immerhin noch die Hoffnung, einen richtig positiven Test in den Händen zu halten und Betroffene davor zu bewahren, rauszugehen und ihre Liebsten möglicherweise anzustecken.

Schnelltests sind geeignete Public Health-Interventionen, die in der Pandemie nicht ausschließlich als Elfenbeinturm methode verstanden werden und deshalb der Masse nicht vorenthalten werden dürfen. Der EU-Ethikrat folgt dieser Einschätzung und mittlerweile tut das auch die Bundesregierung. Weniger Bevormundung und mehr Stärkung der Selbstwirksamkeit aller Bürgerinnen und Bürger ist in der Pandemie ein entscheidender Faktor für die Eindämmung des Virus, insbesondere zur Prävention einer dritten Welle. Einem Großteil der Bevölkerung fällt es zunehmend schwer, untätig zu Hause zu sitzen und das Ende der Pandemie oder den Impferfolg abzuwarten. Der zunehmende Einsatz der Schnelltests im privaten Bereich unterstreicht den Wunsch nach Empowerment.

Weit entfernt von einer Herdenimmunität

Obwohl die Inzidenzen sinken, findet sich der erhobene Zeigefinger in fast jedem Bericht. Wir müssen mit diesem Virus und seinen Varianten leben, es ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Aufgabe der Gesundheitsämter muss es sein, auf diese neuen Bedingungen zu reagieren, die Bevölkerung im Umgang mit den eigenen Abstrichergebnissen zu schulen und den Beginn der möglichen dritten Welle nicht zu verpassen. Die Impfungen gehen voran, aber von einer Herdenimmunität kann in nächster Zeit kann noch längst nicht ausgegangen werden. Fatal wäre es daher, wenn die Inzidenzen niedrig, aber die Krankenhäuser gleichzeitig überfüllt wären. Das wäre der Punkt, an dem wir es verpasst hätten, die Bevölkerung zu einem weiterhin verantwortungsvollen Umgang mit der Pandemie zu animieren. Niemand, der einen positiven Test in den Händen hält, sollte sanktioniert



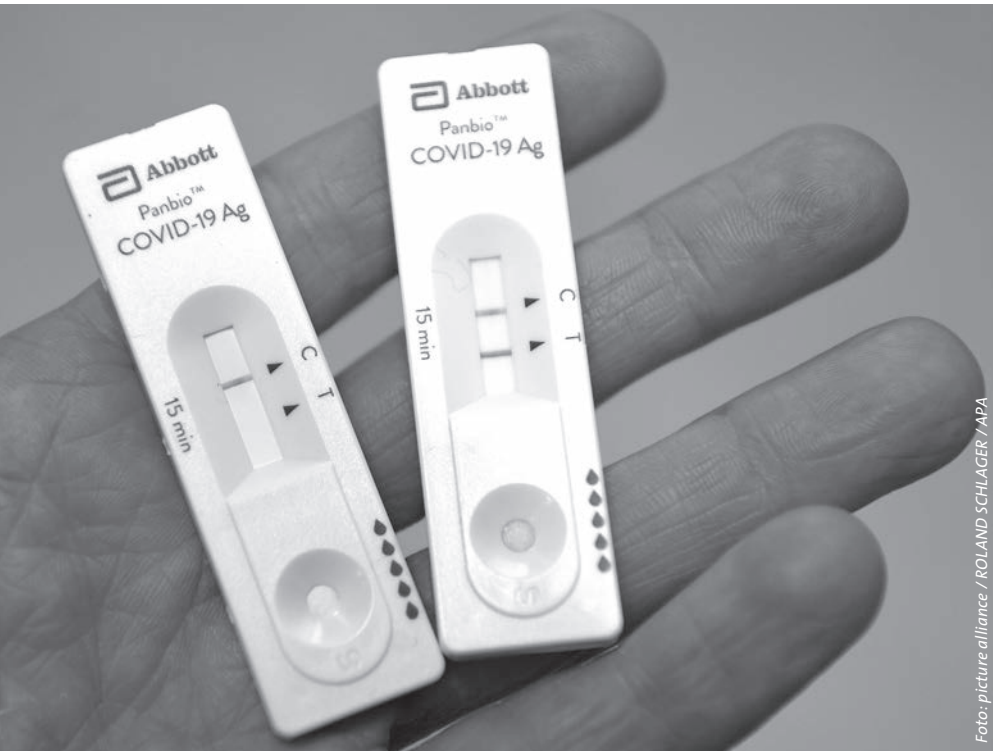


Foto: picture alliance / ROLAND SCHLAGER / APA

Ab März sollen Schnelltests für den Heimgebrauch zugelassen werden. Die Neuköllner Amtsärzte empfehlen, dass Anwenderinnen und Anwender bei einem positiven Ergebnis zusätzlich einen PCR-Test machen.

werden. Die Menschen wissen, dass sie sich bei einem positiven Testergebnis isolieren müssen. Zehn Tage – mindestens. Das ist gut, aber das reicht nicht aus. Auch die Gesundheitsämter müssen wissen, wie viele Menschen mit positiven Testergebnissen zu Hause sind – um die Bedarfsplanung der Krankenhäuser zu erstellen, um sich mit ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten abzustimmen sowie um vulnerable Gruppen effektiv schützen zu können, um soziodemografische Cluster frühzeitig zu erkennen und um politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger richtig zu beraten. So ist für zukünftige Eindämmungsmaßnahmen zu berücksichtigen, dass die COVID-19-Inzidenzen im Zusammenhang mit einfachen Wohnlagen, einer höheren Bevölkerungsdichte und mit dem Anteil der Transferbeziehenden positiv korreliert (Gesundheitsberichterstattung Berlin, 2021). Sollen Infektionsketten unterbrochen werden, bedarf es weniger eines „Hammers“ als vielmehr maßgeschneiderten

Interventionen für genau jene, die das Infektionsgeschehen ausmachen. Die Unterscheidung nach Altersstruktur, Todesfällen, Hospitalisierungsraten sowie der Kontagiosität der positiv Getesteten ist essenziell für das weitere behördliche und auch politische Vorgehen. All denjenigen, die einen positiven Schnelltest in den Händen halten, sollte zu einem Virusvariantendetektierenden PCR-Test (Polymerase-Ketten-Reaktion) geraten werden. Nur damit kann auf die neuen Virusvarianten getestet werden und nur so finden wir heraus, welche Mutationen im Umlauf sind und wo die Ausbrüche stattfinden. Wird dieser zweite Abstrich abgelehnt, sollte zumindest das positive Schnelltestergebnis durch die Betroffene bzw. den Betroffenen angezeigt werden, gegebenenfalls auch anonym. Hierzu braucht es eine bürgernahe Aufklärung. Die Menschen müssen wissen, dass der Pandemieverlauf von ihrem Verhalten abhängt. Und das ist ihnen zuzutrauen. Die Schnelltests sind da und die Mutationen auch.

Die dritte Welle wird härter aufbranden, wenn wir sie nicht im Blick haben. Wir stehen an einer Schwelle.

Die Transformation des Systems geht weiter – lageangepasst, von Tag zu Tag.

Dr. med. Christine Wagner
Dr. med. habil. Nicolai Savaskan

Quellen (Ausschnitt):

Brauner JM, Mindermann S, Sharma M, Johnston D, Salvatier J, Gavenčiak T, Stephenson AB, Leech G, Altman G, Mikulik V, Norman AJ, Monrad JT, Besiroglu T, Ge H, Hartwick MA, Teh YW, Chindelevitch L, Gal Y, Kulveit J. Inferring the effectiveness of government interventions against COVID-19. *Science*. 2020 Dec 15:eabd9338. doi: 10.1126/science.abd9338. Epub ahead of print. PMID: 33323424.

Chen & Qiu. Scenario analysis of non-pharmaceutical intervention global COVID-19 transmissions. *arXiv:2004.04529v2 [q-bio.PE]* 15 Apr 2020 - arXiv.org

Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin (2021): <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/aktuelles/>

Guzzetta G., Riccardo F., Marziano V., Poletti P., Filippo Trentini, Bella A, Andrianou X., Del Manso M, Fabiani M, Bellino S Boros S, Urdiales AM, Vescio MF, Piccioli A, COVID-19 Working Group,2, Silvio Brusaferrero, Giovanni Rezza, Patrizio Pezzotti, Marco Ajelli, and Stefano Merler. Impact of a Nationwide Lockdown on SARS-CoV-2 Transmissibility, Italy. *Emerg Infect Dis*. 2021 Jan; 27(1): 267–270. doi: 10.3201/eid2701.202114

Heudorf U, Steul K, Walczok A, Gottschalk R. Keine Pandemie-Treiber. *Dtsch Arztebl* 2020; 117 (51–52): A 2505–8

S3-LeitlinieMaßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen | Lebende Leitlinie. AWMF-Registernummer 027-076 Version 1, Februar 2021. file:///C:/Users/Savaskan/AppData/Local/Temp/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2021-02.pdf

Lindner AK, Nikolai O, Chiara Rohardt, Franka Kausch, Mia Wintel, Maximilian Gertler, Susen Burock, Merle Hörig, Julian Bernhard, Frank Tobian, Mary Gaeddert, Federica Lainati, Victor M. Corman, Terry C. Jones, Jilian A. Sacks, Joachim Seybold, Claudia M. Denking, Frank P. Mockenhaupt.2021. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.06.20249009>
Persson J, Parie F, Feuerriegel S. Monitoring the COVID-19 epidemic with nationwide telecommunication data. 2021. arXiv:2101.02521v3. file:///C:/Users/Savaskan/AppData/Local/Temp/2101.02521.pdf%20_t%20_blank.pdf

Angaben zur Autorin bzw. zum Autor:

Dr. med. Christine Wagner ist Amtsärztin im Gesundheitsamt Neukölln von Berlin im Sozialpsychiatrischen Dienst und leitet aktuell den Kommunikations- und Strategiestab des Pandemiestabs Neukölln.

Dr. med. habil. Nicolai Savaskan ist Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamts Neukölln von Berlin. Er leitet den Pandemiestab Neukölln.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Heimbeatmungsgeräte im Krankenhaus



NETZWERK CIRS BERLIN

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.

Eine Pflegekraft berichtet ein erstmaliges Ereignis, das geschätzt ein- bis zweimal im Quartal auftritt:

Ein Patient mit eigenem Heim-CPAP-Gerät kam mit respiratorischer Insuffizienz auf die Intensivstation. Er benötigte eine nichtinvasive Beatmung (NIV), lehnte aber ein NIV-Gerät des Krankenhauses ab, wollte nur sein eigenes Gerät benutzen. Das ärztliche Personal forderte die Pflegenden auf, das patienteneigene Gerät anzulegen. Dies wurde vom Pflegepersonal abgelehnt, da niemand der Anwesenden sich mit dem Gerät auskannte und es zudem verdreckt war. Welche Alternativen gab es?

- Der Patient legt sein eigenes Gerät an.
- Das ärztliche Personal legt das Gerät des Patienten an.
- Das Krankenhausgerät wird mit den Einstellungen des Patientengeräts benutzt.
- Der Patient wird auf die periphere Station verlegt, da die Pflegenden dort Heim-CPAP-Geräte einsetzen (obwohl es auch dort keine Geräteeinweisungen gab).

Schließlich unterschrieb der Patient, dass er nur sein eigenes Gerät benutzen möchte, und erhielt Hilfe beim Anlegen durch die Ärztinnen und Ärzte.

Zu dieser vertrackten Situation kam es u.a., da der Patient insgesamt nicht sehr

kooperativ war. Zudem fehlt unter den Mitarbeitenden eventuell Wissen über die Medizinproduktebetreiberverordnung und die daraus folgenden Konsequenzen bei Nichteinhaltung. Es gibt im Krankenhaus keine Geräteeinweisungen in Heimbeatmungsgeräte.

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

Über ähnliche Situationen wie in diesem Fall wurde schon häufiger in CIRS-Systemen, auch im Netzwerk CIRS Berlin, berichtet (in einer aktuellen Recherche 2020 wurden zehn Berichte gefunden). In diesen Berichten handelte es sich um Patientinnen und Patienten mit CPAP- und/oder Heimbeatmungsgeräten, die zum Teil auch für die kontrollierte Beatmung zu Hause eingesetzt wurden. Die Geräte ermöglichen den Patientinnen und Patienten trotz schwerer körperlicher Behinderung ein Leben zu Hause und sie sind in aller Regel an die Geräte gewöhnt. Einige der in den identifizierten CIRS-Berichten betroffenen Patientinnen oder Patienten hatten ein Tracheostoma. Folgende Problemkonstellationen (auf Basis der Auswertung der Berichte) können auftreten, wenn ein Krankenhausaufenthalt ansteht:

- Nur die Patientin oder der Patient und gegebenenfalls Angehörige kennen

die Funktionsweise des Gerätetyps, für die Mitarbeitenden im Krankenhaus ist das Gerät mangels Einweisung eigentlich nicht bedienbar. Dies gilt insbesondere, wenn sich die Patientinnen und Patienten auf Normalstationen befinden.

- Patienteneigene Geräte befinden sich möglicherweise in einem schlechten Wartungszustand.
- Es kommt zu Problemen bei der Anwendung der Geräte (Einstellung der Atemparameter, fehlerhafte Nutzung weiterer Materialien zum Beispiel gasführender Schläuche). Gleichzeitig fehlt bei den Behandlungsteams die Erfahrung bei Störungen der Geräte, es besteht Unsicherheit bei den Anwenderinnen und Anwendern.

In dem beschriebenen Fall ist noch einmal alles gut gegangen. Allerdings besteht auch in Fällen, in denen eine Patientin oder ein Patient selbst die Einstellung und das Anlegen des Gerätes vornimmt, die Gefahr, dass Situationen auftreten, in denen sie oder er das Gerät nicht mehr selbst bedienen kann. Eine hausinterne Alternative sollte daher für lebensbedrohliche Situationen bereitstehen.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Nach § 3 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (Pflichten des Betreibers) muss das Krankenhaus „ein sicheres und ordnungsgemäßes Anwenden der in seiner Gesundheitseinrichtung am Patienten eingesetzten Medizinprodukte (...) gewährleisten.“ Das gilt auch, „wenn Medizinprodukte (...) vom Patienten in eine Gesundheitseinrichtung mitgenommen und dort von ihm angewendet werden.“ Gleichzeitig gilt nach § 4 (allgemeine Anforderung) „Medizinprodukte dür-

fen nur von Personen betrieben oder angewendet werden, die die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzen.“ Solange Patientinnen oder Patienten das Medizinprodukt völlig eigenständig bedienen, bleiben die entsprechenden Pflichten des Betreibers allerdings beim ursprünglichen Leistungsträger (beispielsweise bei der Krankenkasse der Patientin oder des Patienten).

Das Bundesgesundheitsministerium erläutert die Medizinprodukte-Betreiberverordnung in Bezug auf Fälle, in denen das mitgebrachte Medizinprodukt durch die Krankenhausmitarbeitenden angewendet wird:

„Wird das Produkt von dem Personal der Gesundheitseinrichtung am Patienten eingesetzt, kommt es maßgeblich darauf an, ob das Personal als „verlängerter

Arm“ des Patienten handelt, also das Produkt nur hilfsweise für den Patienten bedient oder ob das Produkt zu therapeutischen Zwecken an dem Patienten eingesetzt wird. Nur im letztgenannten Fall wird die Gesundheitseinrichtung Betreiber des Medizinproduktes und ist für die Wartungen, Instandhaltungen und sonstige Kontrollen verantwortlich. Es ist jedoch davon auszugehen, dass eine Gesundheitseinrichtung ihre eigenen Medizinprodukte einsetzt, wenn diese für die Behandlung des Patienten zwingend erforderlich sind.“ (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/faq-mpbetreibv.html#c12828>)

Gesundheitseinrichtungen müssen – unabhängig davon, ob die Betreiberpflichten an sie übergehen – im Vorfeld einer stationären Aufnahme klären, „ob und unter welchen Voraussetzungen

Medizinprodukte mitgebracht und durch das hauseigene Personal bedient werden dürfen.“ Denn: Krankenhäuser müssen auch für den Schutz der Anwendenden vor Fehlern bei der Anwendung von Medizinprodukten sorgen. So können bei elektiv aufgenommenen Patientinnen und Patienten Vorbereitungen getroffen werden, um diese adäquat behandeln zu können. Allerdings ist dafür die entsprechende und rechtzeitige Information durch einweisende Ärztinnen/oder Ärzte bzw. andere Einrichtungen erforderlich.

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

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

W E I T E R B I L D U N G

Arzt im Pflegeeinsatz – ein Erfahrungsbericht

Mitte Dezember erhielten die Assistentensprecherinnen und -sprecher per E-Mail eine ungewöhnliche Anfrage des Vorstandes der Berliner Charité an. Auf den Intensivstationen, inklusive der eigens für intensivpflichtige COVID-Patientinnen und -Patienten zusätzlich eingerichteten Intensivstationen, war die personelle Leistungsgrenze der Pflegenden erreicht worden – die Klinikleitung bat die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, sich als unterstützende Kräfte in der Pflege der Patientinnen und Patienten zur Verfügung zu stellen. Wir waren verwundert. In den zehn Monaten seit Ausbruch der Pandemie hatte die Charité bis dahin sehr dynamisch agiert und an vielen Stellen schnell und pragmatisch gute Lösungen gefunden. Nicht zuletzt natürlich, weil

die Kolleginnen und Kollegen aus Pflege und Ärzteschaft sowie die anderen Mitarbeitenden, die die Infrastruktur der Charité täglich aufrechterhalten, ohne viel Aufhebens die Ausnahmesituation mitgetragen haben, oft mit hohem persönlichen Einsatz. Dass es jetzt für die Klinikleitung notwendig wurde, die Assistentenschaft offiziell um Mithilfe in der Pflege zu bitten, zeigte uns, dass tatsächlich eine weitere Verschärfung der Situation eingetreten war.

Wir fühlten uns natürlich dem Ethos verpflichtet und dennoch traf die Anfrage erst einmal auf Skepsis. Die Paradoxie, die zwischen dem Klatschen auf Balkonen und der Versorgungsrealität entsteht, ist seit Jahren allen bekannt. Auch die hausinternen Strategien können uns

auf den Stationen bisweilen das Leben schwer machen. Sollten wir einspringen, weil viel kritisierte Kalkulationen nicht aufgegangen sind?

Allen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich sprach, und auch mir war schnell klar, dass wir auf jeden Fall helfen möchten, wo wir können. Als Sprecher der Assistentinnen und Assistenten der Kardiologie am Campus Virchow-Klinikum besprach ich mich mit den anderen Fachrichtungen und wir organisierten kurzfristig ein Online-Meeting der 50 Assistentensprecherinnen und -sprecher der Charité. Dabei klärten wir, wie zu verfahren sei. Wenn Erkrankte Hilfe brauchen, diese allerdings aufgrund des Personalmangels in der Pflege nicht hinreichend erhalten, helfen wir natürlich, waren wir uns schnell einig.

Ein paar basale Dinge mussten vorab geklärt werden: Wie ist die Haftung geregelt, wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt als pflegende Person tätig ist? Gibt es eine adäquate pflegerische Supervision? Wie wird mit Unterbrechungen von Rotatio-



Auf dem Campus Mitte der Charité werden im sogenannten Corona-Würfel bereits seit der ersten Welle im Frühjahr 2020 an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten betreut.

nen verfahren? Aber am wichtigsten war uns: Wenn wir in der Pflege aushelfen, dann muss dieser Einsatz mit der Reduktion nicht dringlicher Eingriffe einhergehen, um auch intern weitere pflegerische Ressourcen für den COVID-Einsatz zu schaffen. Zu unserer Freude stimmte der Vorstand unseren Überlegungen zu, sodass es rasch zur Umsetzung kam.

Wie einige andere ärztliche Kolleginnen und Kollegen bin ich nun seit vier Wochen auf einer der eigens im Rahmen der Pandemie eingerichteten Intensivstationen tätig, der sogenannten Campus-Klinik am Campus Charité Mitte. Zunächst waren die Pflegekräfte teils verduzt, einen ärztlichen Kollegen im Team zu haben, der ihnen zuarbeitet – aber sie nahmen mich gleich auf und spannen mich seither ein. Meine Aufgabe ist es, den Pflegenden zur Hand zu gehen, wo ich kann. Dazu gehört, die ARDS-Patientinnen und -Patienten korrekt zu lagern, Körperpflege vorzunehmen, Medikamente vorzubereiten – also den Pflegenden Aufgaben abzunehmen, sodass sie ihrem immensen Pensum nachkommen können.

Ich habe in den vergangenen vier Wochen so viel Zeit am Krankenbett verbracht wie schon sehr lange nicht mehr. Der Anteil an schriftlicher Dokumentation ist im Gegensatz zu meinem ärztlichen Alltag deutlich reduziert – die

Auseinandersetzung mit den Schicksalen ist unmittelbar. Einen Patienten zu waschen, wirkt heute viel stärker auf mich als in meinem Pflegepraktikum vor vielen Jahren – es macht die Menschen, über deren Therapie wir uns täglich den Kopf zerbrechen, in ihrer Verletzlichkeit fassbar. Mehr als in der Visite oder bei einer Intervention an der Patientin bzw. am Patienten begegne ich ihnen hier buchstäblich von Angesicht zu Angesicht, wenn ich Gesichter wasche oder sie neu lagere.

Die Hingabe, mit der sich das Team für jede Patientin und jeden Patienten einsetzt, ist bewundernswert. Insbesondere, da die Sorge vor der eigenen Infektion allgegenwärtig ist, vor allem am Anfang meines Einsatzes, als die Impfungen noch nicht für alle Mitarbeitenden der Station verfügbar waren. Es bedeutet eine zusätzliche Belastung, Intensivpatientinnen und -patienten unter Schutzkleidung zu lagern, ihnen in Abwesenheit von Familienbesuchen durch Masken, Hauben und Schutzkittel hindurch menschliche Nähe zukommen zu lassen. Die Kolleginnen und Kollegen meis-

tern das täglich. Während eine Kollegin ihrem Patienten zum 88. Geburtstag einen Kuchen mitbrachte, geht der Kollege aus dem Nebenzimmer mit dem iPad zu einem anderen, jungen Patienten, damit er zumindest ein letztes Mal mit der Familie, die selbst in Quarantäne steckt, sprechen kann. Menschliche Gesten dieser Art habe ich in den vergangenen Wochen viele gesehen.

Die immense psychische Belastung, die durch das Begleiten komplizierter, langer Verläufe bei häufig relativ gesunden Erkrankten auftreten, hatte ich nicht erwartet. Doch das Team aus Pflegenden und Ärzteschaft, zusammengestellt von verschiedenen Campus, aus verschiedenen Kliniken der Charité, mit Intensivverfahren und Neulingen, gibt sehr aufeinander acht.

Das Maß an Kollegialität im „Corona-Würfel“ auf dem Campus Mitte ist bemerkenswert – auf keiner Station habe ich bisher so viel Leid gesehen, kein Team war bisher so herzlich und umsichtig miteinander.

Wenn wir uns aus der jetzigen Situation etwas für die Zukunft mitnehmen können, dann sind es der Zusammenhalt und die Bereitschaft, dynamische Lösungen zu finden. Wir sollten diejenigen im Blick behalten, die mit offenem Herzen und helfender Hand den Patientinnen und Patienten dienen, und ihnen über den Augenblick hinaus Respekt zu zollen. Individuell und strukturell auch für Routinezeiten abseits der Pandemie eine Besserung zu schaffen, das wäre ein echter Gewinn für die Zukunft.

Djawid Hashemi



Foto: S. Baar/Charité

Zur Person

Djawid Hashemi absolviert eine Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie und ist derzeit Assistenzsprecher der Kardiologie auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité.

„Das Warten war besonders schwer“

Wie das letzte Jahr für sie war? „Anstrengend“, sagt Elisa Castresana. Besonders, weil sie das Gefühl hatte, immer wieder von vorne anfangen zu müssen. Die 34-jährige Spanierin hat an der Universität Complutense in Madrid Medizin studiert. In Deutschland will sie nun die Weiterbildung zur Neurochirurgin beginnen. Die dafür nötige Fachsprachprüfung sollte eigentlich schon im März 2020 stattfinden – musste dann jedoch verschoben werden. Auch dauerte es viel länger, als sie erwartet hatte, bis sie sich überhaupt anmelden konnte. „Monatelang eine Prüfung im Nacken zu haben, nicht zu wissen, ob diese am Ende wirklich stattfindet und immer wieder ins Ungewisse zu lernen, kostet Energie“, sagt Castresana. Dazu kamen die Herausforderungen der Pandemie. Der Lockdown machte es ihr beispielsweise schwer, in Berlin Freunde zu finden. Dazu die Sorge um die Familie und den Freund in Spanien.

Auch in unserem Gespräch sind das Coronavirus und die Maßnahmen zu seiner Eindämmung sehr präsent. Es ist Ende 2020. Vor gut einem Monat hat die Bundesregierung den „Lockdown light“ ausgerufen. Geschäfte dürfen weiterhin öffnen, Cafés und Bars sind jedoch geschlossen. Ebenso wie Theater, Kinos und Museen. Castresana und ich treffen uns daher draußen. Ursprünglich wollten wir auf das Tempelhofer Feld gehen. Ein Ort mit viel Platz, an dem man in Ruhe sprechen kann. Gegen den eisigen Wind können jedoch auch die dicken Merinosocken, die Castresana trägt, nichts ausrichten. Jetzt sitzen wir windgeschützt mit einer großen Thermoskanne Kräutertee bewaffnet in einer Seitenstraße auf der Bank. Den dampfenden Becher mit Tee hält Castresana beim Erzählen fest umschlossen.

Dass die Anmeldung zur Fachsprachprüfung und die Prüfung ihrer Qualifikation als Ärztin sich so hinzogen, hat mehrere

Gründe, berichtet die 34-Jährige. Eine Schwierigkeit war ihr Lebenslauf, mit dem ihr Universitätsabschluss anerkannt wurde. Laut der zuständigen Sachbearbeiterin im Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) habe es dort eine „Lücke“ gegeben. Zwischen Februar und Mai 2018 hätte Castresana demnach nicht gearbeitet. „In Spanien finden die Abschlussprüfungen im Februar statt“, erklärt sie. Die Ergebnisse kämen zwei Monate später und vorher könne man sich nicht bewerben. Das erste Jahr der Weiterbildung beginne dann offiziell im Mai. Die „Lücke“ in ihrem Lebenslauf gehört in Spanien somit zum normalen ärztlichen Werdegang. Die Sachbearbeiterin des LAGeSo lehnte Castresanas Antrag dennoch dreimal ab. Erst als sie ein extra Schreiben aufsetzte, in dem sie genau erklärte, warum es in ihrem Lebenslauf die vermeintliche Lücke gibt, wurde sie für die Fachsprachprüfung zugelassen. Der Termin im November, für den Castresana sich ursprünglich beworben hatte, war durch das bürokratische Hin und Her bereits ausgebucht.

Also sollte die Prüfung im März 2020 stattfinden. Dann kam Corona und der Termin wurde abgesagt. Um näher bei der Familie zu sein und weil sie nicht wusste, wann ihre Fachsprachprüfung nun stattfinden würde, ging Castresana erst einmal zurück nach Spanien – genauer gesagt nach Madrid, in die Stadt, aus der sie kommt und in der auch ihr Vater lebt. Gerade ihn wollte sie in der schweren Zeit unterstützen, denn Spanien war zu dieser Zeit weitaus stärker von der Pandemie betroffen als Deutschland. Am 26. März 2020 meldete die dortige Regierung über 9.000 Neuinfektionen. In Deutschland waren es am selben Tag etwas mehr als halb so viel (4.995 Neuinfektionen). Die Rückkehr nach Hause wurde damit zur direkten Einreise in den Lockdown. Castresana kam am 23. März in Madrid an. Die Einwohnerinnen und Einwohner der Stadt

Fachsprachprüfungen in Zeiten der Pandemie

Wer in der deutschen Sprache noch nicht so firm war, lernte ab Mitte März 2020 ein Wort ganz sicher: Absage. Sämtliche Fachsprachprüfungen für Ärztinnen und Ärzte aus anderen Ländern, die die Ärztekammer Berlin regelmäßig im Auftrag des Landesamtes für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) im Rahmen des Approbationsverfahrens abnimmt, mussten abgesagt werden. 98 Ärztinnen und Ärzte, die ihre Prüfung eigentlich im März und April 2020 machen wollten, mussten pandemiebedingt diese bittere Pille schlucken. Sie hatten sich rechtzeitig angemeldet und die Prüfungsgebühr bezahlt. Doch erst im Mai 2020 konnte es nach Erarbeitung des Konzepts „Fachsprachprüfungen unter Pandemiebedingungen“ weitergehen, und zwar auf der anderen Seite der Friedrichstraße, in den von der Ärztekammer schon seit Längerem zusätzlich angemieteten Räumen: Zu den Sicherheitsvorkehrungen gehörte, dass die Prüfungsräume größer sein mussten und die Prüfungen nicht stattfinden konnten, wenn sich gerade besonders viele Personen im Gebäude aufhielten. Das bedeutete: Weniger Ausschüsse und weniger Prüflinge pro Prüfungstag. Im Juni, Juli und August 2020 konnte man das mit einem

durften zu dieser Zeit bereits nur noch zur Arbeit oder zum Einkaufen von Lebensmitteln das Haus verlassen.

Im Mai erhielt Castresana dann eine E-Mail von der Ärztekammer Berlin, in der man ihr mitteilte, dass sie die Prüfung in 20 Tagen machen könne – allerdings nur, wenn sie innerhalb von 24 Stunden zusage. Castresana sagte ab. „Innerhalb von 24 Stunden herauszufinden, ob ich das Land während des Lockdowns verlassen kann, jemanden zu finden, der sich um meinen Vater kümmert und dann nach Berlin zu fliegen und in Quarantäne zu gehen, das war zu viel

dritten Prüfungstag ausgleichen, ab September 2020 gab es sogar vier Prüfungstage. „Wir haben alles daran gesetzt, die ausgefallenen Prüfungen so zügig wie möglich wieder auszugleichen“, berichtet Dr. med. Antje Koch, die Leiterin der Abteilung Weiterbildung und Ärztliche Berufsausübung der Kammer.

Da es auch ohne Pandemie regelmäßig mehr Anmeldungen als Plätze gibt, war das alles andere als leicht. „Es erfordert eine unglaubliche Organisation und ausgetüftelte Zeitplanung“, so Koch. Anfang Juni vergangenen Jahres lagen 251 vollständige Anmeldungen für die Prüfungen vor und bis Jahresende wurden dann noch 364 Prüfungen durchgeführt.

Für viele der Ärztinnen und Ärzte aus dem Nicht-EU-Ausland sind ablaufende Visa und andere Aufenthaltstitel ein ernstes Problem. Die Ärztekammer kann hier allenfalls mit Bescheinigungen helfen, auf denen sie den geplanten Prüfungstermin bestätigt. Das eigentliche Nadelöhr ist für viele zudem die Kenntnisprüfung, die anschließend an die Sprachprüfung beim LAGeSo absolviert werden muss. Sie findet nur zweimal im Jahr statt, im Mai und im Oktober.

Dr. Adelheid Müller-Lissner

für mich“, sagt sie und schaut bedrückt in ihren Tee. Der Dampf, der am Anfang unseres Gespräches wärmend aus dem Becher aufstieg, hat sich inzwischen verflüchtigt. Castresana bat um einen neuen Termin. Diesen bekam sie dann im Juli 2020. Die Prüfung fand statt und die 34-Jährige bestand. Wirklich zufrieden ist sie jedoch nicht.

„Um mich auf die Prüfung im März vorzubereiten, habe ich drei Deutschkurse nebeneinander besucht, Einzelunterricht genommen und mich sogar bei Bumble angemeldet“, berichtet Castresana. Die App Bumble funktioniert ähnlich wie Tinder – nur dass man nicht potenzielle Partnerinnen und Partner datet, sondern potenzielle Freundinnen und Freunde.

„In dieser Zeit war mein Deutsch echt gut“, sagt sie und klingt ein bisschen wehmütig. Dann kamen die erste Absage, der Lockdown in Madrid, die Monate des Wartens: „Durch all das hat mein Deutsch sehr gelitten.“ Seitdem sie wieder in Berlin ist, lebt sie zudem nicht mehr in einer Wohngemeinschaft, sondern zusammen mit ihrem Freund. Er arbeitet an der Polytechnischen Universität in Madrid als Ingenieur und nun von Berlin aus im Homeoffice. Für sie persönlich sei das sehr schön, berichtet Castresana, die beiden unterhalten sich jedoch nur auf Spanisch. Vokabeln lernt sie zwar auch heute noch jeden Tag, die Energie, die sie am Anfang hatte, hat jedoch nachgelassen.

Bis das LAGeSo ihr die Approbation erteilte und sie sich für die Weiterbildung für Neurochirurgie bewerben konnte, vergingen weitere vier Monate. Um mehr unter Menschen zu sein und die Wartezeit zu überbrücken, überlegte die 34-Jährige zwischendurch zu kellnern. „Das hätte jedoch meinen Fokus verrückt und ich hätte weniger Zeit zum Lernen gehabt“, sagt sie. Mehr unter Menschen zu sein, hätte außerdem ein höheres Risiko bedeutet, sich mit dem Coronavirus anzustecken. Große Angst vor der Erkrankung habe sie zwar nicht, allerdings wolle sie auch nicht riskieren, dadurch keine Weiterbildungsstelle zu bekommen. Ihre Zielstrebigkeit siegte also über den Wunsch nach Abwechslung und die Sehnsucht nach mehr sozialen Kontakten.

Ihre Zielstrebigkeit ist es auch, die Castresana überhaupt nach Deutschland führte: Ärztin, genauer gesagt Chirurgin, will sie werden, seitdem sie sechs ist. „Damals schenkte meine Mutter mir ein Skalpell und wir seziierten gemeinsam mit meiner Schwester eine tote Maus“, berichtet sie. Wie ihre Mutter darauf kam, weiß sie bis heute nicht. Der Anblick des Gewe-

bes, der Muskelstrukturen und Sehnen hat die damals Sechsjährige jedoch tief fasziniert – und er tut es bis heute: „Den Wunsch, Ärztin zu werden, habe ich nie bereut“, sagt sie.

Das Problem: In Spanien gibt es für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nur wenige Plätze. Nach dem Studium fand Castresana dann auch keine Weiterbildungsstelle als Neurochirurgin, sondern nur eine in der Allgemeinmedizin. Sie versuchte es, merkte jedoch schnell, dass dieser Fachbereich nichts für sie ist. Dazu kamen die allgemeinen Arbeitsverhältnisse: „In Großstädten wie Madrid bekommen Ärztinnen und Ärzte so gut wie keine Festanstellungen“, berichtet Castresana. Das heißt, sie werden nur befristet angestellt – oft nur für eine Woche, manchmal sogar nur für einen Tag – je nachdem, was bzw. wen das Krankenhaus gerade braucht. Unter solchen Bedingungen wollte Castresana auf Dauer nicht arbeiten. Daher entschied sie sich, ihre Facharztweiterbildung im Ausland zu absolvieren.

Nach Deutschland ging sie, weil das Land zentral in Europa liegt und ein gutes öffentliches Gesundheitssystem hat. Gerade der zweite Punkt ist Castresana unheimlich wichtig: Ihrer Ansicht nach hat jede Bürgerin und jeder Bürger einen Anspruch auf medizinische Versorgung – unabhängig von Einkommen, sozialer Klasse oder Ethnie. So kennt sie es aus Spanien und so sollte es ihrer Meinung nach überall sein.

Stella Marie Hombach

Zur Person

Nach der Erteilung der Approbation im September 2020 bewarb Elisa Castresana sich auf verschiedene Weiterbildungsstellen in Hamburg, Celle, Trier und Saarbrücken. Eine Zusage hat sie noch nicht bekommen. Dafür macht sie jetzt am Vivantes Klinikum im Friedrichshain eine Hospitation in der neurochirurgischen Abteilung. Ihrem Traum ist sie damit ein kleines Stück näher.



Foto: Privat

Zum Gedenken an Gerhard Volkheimer

Ein Zeitzeuge für die Entwicklung der Gastroenterologie im Nachkriegsdeutschland, in der geteilten und wieder vereinten Stadt Berlin und an der Charité ist verstummt. Wenige Monate vor seinem 100. Geburtstag und kurz nach dem Tod seiner sehr geliebten Frau Ruth, mit der er 64 Jahre verheiratet war, ist Prof. Dr. med. habil. Gerhard Volkheimer am 6. Januar 2021 verstorben.

Wir haben einen herausragenden Arzt und Wissenschaftler, einen begeisterten Hochschullehrer und einen in vielerlei Hinsicht außergewöhnlichen Menschen verloren. Sein wissenschaftliches Lebenswerk zur enteralen Aufnahme von Mikropartikeln („Hirsch-Effekt“) sowie deren Verteilungs- und Clearance-Mechanismen im Menschen, zusammenfassend publiziert in der Monografie „Persorption“ und zwischen 1961 und 1967 weltweit auf Kongressen vorgetragen, könnte durch neue Untersuchungen zur Ingestion von Mikro-Plastik-Teilchen wieder aktuell werden.

Geboren und aufgewachsen ist Gerhard Volkheimer in Kempten im Allgäu, wo er auch sein Abitur ablegte. Anschließend absolvierte er sein Medizinstudium bis zum Physikum in Erlangen, bevor er weiter als Wehrmattsangehöriger im Sanitätsdienst in Graz, Kiel, Würzburg und Marburg studierte. Unterbrochen von Fronteinsätzen, bei denen er unter anderem nur durch einen glücklichen Zufall vor dem Untergang mit seinem torpedierten Kriegsschiff bewahrt wurde.

Examen und Promotion erfolgten dann 1946 in Marburg und bis 1948 arbeitete der spätere Professor als wissenschaftlicher Assistent an der Medizinischen Universitätsklinik Marburg: „der alte Schölmerich¹ war mein Stationsarzt“

¹ Dr. med. Paul Schölmerich war ein deutscher Internist und Hochschullehrer. Er wurde unter anderem mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette und der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet.

sowie an den Pathologischen Instituten in Marburg und Bochum. Anschließend siedelte Gerhard Volkheimer nach Berlin über und war hier bis 1951 an den chirurgischen Universitätskliniken der Charité tätig, bevor er an die I. Medizinische Klinik der Charité wechselte. Unter den Professoren Dr. med. Theodor Brugsch und Dr. med. Friedrich-Horst Schulz, die die Tradition der deutschen universitären Inneren Medizin pflegten, erhielt er eine exzellente internistische Ausbildung und baute später erfolgreich die klinische und experimentelle Gastroenterologie auf. In das große „Laboratorium für experimentelle Gastroenterologie“ steckte Gerhard Volkheimer das an der Charité verdiente Geld. Im Mittelpunkt seiner wissenschaftlichen Tätigkeit stand der Dünndarm. Der von Gustav Herbst 1844 entdeckte und von Rahel Hirsch 1906 (siehe auch BERLINER ÄRZTE 9/2020, S. 33) erstmals am Menschen beobachtete und in Vergessenheit geratene Übertritt fester Partikel aus dem Digestionstrakt in die Blutbahn und deren Elimination in den Urin faszinierte ihn. Auf das Thema „Persorption“ konzentrierten sich viele seiner experimentellen Arbeiten, an denen, perfekt organisiert, zahlreiche Doktorandinnen und Doktoranden beteiligt waren. 1962 habilitierte sich Gerhard Volkheimer an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Die folgenden fünf Jahre leitete der Professor die Abteilung für Gastroenterologie an der I. Medizinischen Klinik der Charité, wo er von seinen Mitarbeitenden verehrt und liebevoll „der Boss“ genannt wurde. Die Schwerpunkte in der Entwicklung der gastroenterologischen Abteilung waren die gastroenterologische Funktionsdiagnostik, die starre und flexible Endoskopie und die Röntgendiagnostik des Verdauungskanal. Das seinerzeit modernste Röntgengerät (Orbiskop) konnte er nur für die eigene Praxis anschaffen. Aus politischen Gründen erhielt



Prof. Dr. med. habil. Gerhard Volkheimer (li.) im Gespräch mit Prof. Dr. med. Dr. h.c. Meinhard Classen

Volkheimer trotz Unterstützung der Medizinischen Fakultät keine ordentliche Dozentur oder Professur.

So erfolgte 1969 die Umhabilitation an die Freie Universität Berlin (FU) und 1972 die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. An der FU hielt Volkheimer weiterhin Vorlesungen über Dünndarmerkrankungen und Parasitosen. Er verfügte über eine immense ärztliche Erfahrung, die er unter anderem im großen Krankengut der Charité und zudem ab 1948 auch in der gemeinsam mit seiner Ehefrau geführten gastroenterologischen Praxis am Bayerischen Platz sammeln konnte. Diese vermutlich erste gastroenterologische Praxis im Nachkriegsberlin wurde in ihrer Struktur und Arbeitsorganisation zum Vorbild für zahlreiche Fachpraxen in anderen deutschen Städten, zum Beispiel in München. Durch die eigentümerseitig in Aussicht gestellte Umwidmungs- und Nutzungsmöglichkeit seiner im selben Haus befindlichen Wohnung, können die heutigen Betreiber der Praxis – Dr. med. Peter Armerding, Dr. med. Stefan Schubert, Dr. med. Thomas Liceni, Prof. Dr. med. W.-P. Hofmann und Dr. med. Jochen Maul – diese nun vergrößern, wodurch sich ein Kreis in Gerhard Volkheimers Sinne schließen wird.

Besonders bemerkenswert und Ausdruck seiner großen Vitalität und beispielhaften Selbstdisziplin sind zudem auch die wissenschaftlichen Leistungen von Gerhard Volkheimer: Neben seinen Monografien „Persorption“ (Georg-Thieme-

Verlag Stuttgart, 1971) und „Gastroenterologie für die Praxis“ (J. F. Lehmanns Verlag München, 1975) veröffentlichte er über 300 Einzelarbeiten.

Zudem referierte er erfolgreich und didaktisch brillant auf unzähligen Fortbildungsveranstaltungen über „Rationelle Praxis ...“, über „Rationelle Diagnostik ...“, über „Rationelle Therapie ...“ oder über „Parasitosen“. Für seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung wurde er 1971 von der Bundesärztekammer mit der „Ernst-von-Bergmann Plakette“ geehrt.

Weiterhin organisierte der Professor mit Talent und viel Erfolg zahlreiche wissenschaftliche Veranstaltungen, so unter anderem den Kongress der Bayerischen

Gesellschaft für Gastroenterologie in Hinderlang und 1984 als Sektionsvorsitzender „Endoskopie“ gemeinsam mit Prof. Dr. med. Ernst-Otto Riecken den Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) in Berlin.

Die Gesellschaft für Endoskopie und Bildgebende Verfahren (DGE-BV) ernannte ihn 1997 zu ihrem Ehrenmitglied. Die Gesellschaft für Gastroenterologie und Hepatologie in Berlin und Brandenburg (GGHBB) ehrte ihr Gründungs- und Ehrenmitglied anlässlich seines 90. Geburtstages 2011 mit einem Symposium über die „Fortschritte der Gastroenterologie im Bereich des Dünndarms“ an der Charité.

Seine wissenschaftlichen Leistungen reklamierte der Professor nicht für sich allein. In kollegialem Respekt vor Rahel Hirsch (1870–1953), der ersten Professorin der Medizin in Preußen, trug er wesentlich zu ihrer späten Anerkennung bei. Die ehrenvolle Einladung zur Fest- und Gedenkveranstaltung zum 150. Geburtstag von Rahel Hirsch am 15. September 2020 an der Charité erfüllte ihn mit großer Freude und Dankbarkeit. Gefühle, die ihn bis zuletzt getragen haben. Wir bewundern seine großartige Lebensleistung und werden Prof. Dr. med. habil. Gerhard Volkheimer ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Schulz

Ein Hauptstädter

Zum Tod von Prof. Dr. med. habil. Stefan Mund-Hoym

Stefan Mund-Hoym wurde am 07. September 1940 in Berlin als zweiter Sohn des Facharztes für Chirurgie Dr. med. W.-D. Mund-Hoym und seiner Ehefrau Ilse geboren. Nach seiner Schulzeit und dem Abitur am Alten Gymnasium in Oldenburg studierte er Medizin in Freiburg, Wien und Kiel. 1967 promovierte Mund-Hoym in Freiburg und absolvierte danach seine Medizinalassistentenzeit in Berlin. Als Stipendiat war er zudem von 1968 bis 1969 im Hospital Aleman in Buenos Aires (Argentinien) tätig. Seine Facharztausbildung machte er an der Universitätsklinik in Bonn. Hier wurde er 1978 Oberarzt und habilitierte bei Prof. Dr. med. Ernst Jürgen Plotz mit Untersuchungen zur uteroplazentaren Zirkulation. Sechs Jahre später wurde er zum außerplanmäßigen Professor ernannt und wechselte als leitender Oberarzt an die Universitätsklinik Köln.

Als Stefan Mund-Hoym 1986 Chefarzt der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am St. Josef Krankenhaus in Berlin wurde, ahnte niemand, dass in absehbarer Zeit die Wiedervereinigung bevor-

stand. Er kehrte also aus der Hauptstadt der Bundesrepublik Deutschland Bonn – seiner akademischen Heimat – über die Universitätsfrauenklinik in Köln, auch als „Hauptstadt des Karnevals“ bekannt, in seine Geburtsstadt Berlin, die alte und künftige neue Hauptstadt zurück.

Innerhalb kurzer Zeit gelang es Mund-Hoym der gut bestellten Frauenklinik des St. Joseph Krankenhauses behutsam und mit großem Einfühlungsvermögen, Charme und Humor seinen persönlichen Stempel aufzudrücken. Im Zentrum der gesamten Onkologie war ihm die Senologie ein besonderes Anliegen. Hier hat er neben brusterhaltenden Operationen und der Entfernung des Wächterlymphknotens auch wiederherstellende Operationsverfahren eingeführt. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit war die Geburtshilfe. Neue Methoden der Geburtsvorbereitung und Geburtsleitung wurden von ihm angeregt und unterstützt. Die unter seiner Ägide geborenen 40.000 Kinder sprechen für sich.

Auch nach seiner Zeit als Chefarzt im St. Joseph Krankenhaus war Mund-Hoym

weiter ärztlich tätig und arbeitete als kommissarischer Leiter im Florence-Nightingale-Krankenhaus der Kaiserswerther Diakonie in Düsseldorf

und in der Privatpraxis seiner Frau Dr. med. Anna Mund-Hoym in Berlin Schmargendorf. Er hatte stets ein offenes Ohr für die Sorgen seiner Patientinnen, aber auch für die Belange seiner Mitarbeitenden, die ihn als Mentor und Förderer schätzten.

So schrieb ein ärztlicher Mitarbeiter Jahre später: „Ich bin jeden Tag dankbar für die Zeit im St. Mund-Hoym Krankenhaus“.

Nach langer, schwerer und stets tapfer ertragener Krankheit verstarb Stefan Mund-Hoym bereits am 13. Juni 2020 im Kreise seiner Familie. Sein Tod hinterlässt eine große Lücke. Wir sind ihm zu großem Dank verpflichtet und werden ihn immer in liebevoller Erinnerung behalten.

Dr. med. Manfred Pieper und Dr. med. Wolfgang Hartmann

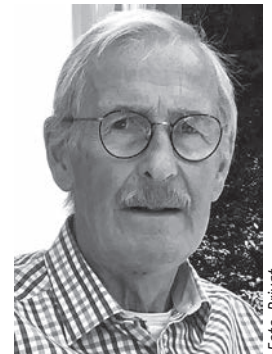


Foto: Privat

Zum Gedenken an Gerd Fünfhausen

Am 13. Dezember 2020 ist Prof. Dr. med. Gerd Fünfhausen im Alter von 89 Jahren verstorben.



Foto: Privat

Geboren in der sachsen-anhaltinischen Stadt Schwanebeck, studierte Gerd Fünfhausen nach dem Abitur zunächst von 1949 bis 1951 an der Pädagogischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Von Februar bis September 1951 arbeitete er als Hilfspfleger an der Berliner Charité und wechselte anschließend zum Studium der Humanmedizin an die Humboldt-Universität zu Berlin, wo er fünf Jahre später das Staatsexamen ablegte. Von 1957 bis 1963 war Gerd Fünfhausen unter der Leitung von Prof. Dr. med. Otto Prokop wissenschaftlicher Assistent am Gerichtsmedizinischen Institut der Charité und promovierte in dieser Zeit zum Dr. med. mit der Inauguraldissertation „Untersuchungen zur Autohämolyse menschlicher Erythrozyten“. 1961 erhielt er die Anerkennung zum Facharzt für Gerichtsmedizin. Zum 1. November desselben Jahres übernahm Gerd Fünfhausen zunächst nebenamtlich die Leitung des Städtischen Instituts für Hämatologie und Blutspendewesen Berlin, das 1962 in Bezirksinstitut für Blutspende- und Transfusionswesen (BIBT Berlin) umbenannt wurde und dem er bis 1991 als Ärztlicher Direktor vorstand.

Mitte der 1960er-Jahre war Gerd Fünfhausen einer der ersten Fachärzte auf dem Gebiet Blutspende- und Transfusionswesen. Es ist sein Verdienst, dass viele wissenschaftliche Fragestellungen zur Verbesserung blutgruppenserologischer Untersuchungsverfahren und der Herstellung von Blutgruppentestseren etabliert werden konnten. Von 1964 bis 1970 hatte er nebenamtlich die Leitung der Abteilung Blutgruppentestserumproduktion des Staatlichen Institutes für Immunpräparate und Nährmedien in Berlin inne und nahm aktiv Anteil an der Entwicklung und Einführung gerinnungsaktiver Blutkonserven in der DDR, insbesondere die PBSB-Fraktion sowie von Erythrozytenkonzentraten.

Unter seiner Leitung nahm das BIBT Berlin in den 1970er-Jahren aufgrund des Fehlens einer zentralen transfusionsmedizinischen Institution in der DDR immer mehr nationale und internationale Aufgaben wahr und verantwortete unter anderem das blutgruppenserologische Referenzlabor mit der Zentralkartei seltener Blutspender des Transfusionsdienstes der DDR sowie das zentrale Depot für Tieftemperaturkonserven. Gemeinsam mit seinen Mitarbeitenden etablierte der Professor die Gewebetypisierung und schaffte die Voraussetzungen für die immunologische Sicherung von Transplantationen von Nieren, für Knochenmarkstammzellen, Leber, Pankreas, Inselzellen, Cornea und Haut sowie von Bluttransfusionen. Zudem entstand das DDR-Referenzlabor für die HLA-Gewebetypisierung und es wird die HLA-Zentralkartei typisierter Blutspender und freiwilliger Knochenmarkfremdspender der DDR wurde aufgebaut. Ab 1977 koordinierte Gerd Fünfhausen zudem die Aufgaben des internationalen Referenzlabors für Gewebetypisierung im Komplexthema Organtransplantationen und Organautausch der RGW-Länder (Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe).

Zu Gerd Fünfhausens Verdiensten zählen zudem die Organisation und Ausprägung unterschiedlicher Richtungen in der transfusionsmedizinischen Forschung, die Gerd Fünfhausen als Leiter des Wissenschaftlichen Beirates der Hauptforschungsrichtung „Blut-, Gewebekonservierung und Typisierung“ beim Ministerium für Gesundheitswesen der DDR begleitete. Für sein Engagement erhielt er unter anderem 1974 den Nationalpreis der DDR (II. Klasse) für Wissenschaft und Technik.

Mit Beginn der 1980er-Jahre unterstützt der Professor den Aufbau der wissenschaftlichen Informationsstelle des Trans-

fusionsdienstes und schuf damit die Basis für eine breite Verfügbarkeit von transfusionsmedizinischer Literatur. Hervorhebenswert ist der unter seiner Herausgeberschaft in der Schriftenreihe der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR im Jahre 1974 entstandene Leitfaden des Transfusionswesens, der als eines der ersten Lehrbücher für das Fachgebiet Transfusionsmedizin erachtet werden kann.

1980 schloss Gerd Fünfhausen gemeinsam mit Dr. med. Klaus Richter die Promotion B (Habilitation) mit dem Thema „Ergebnisse der Histokompatibilitätssicherung unter Berücksichtigung des HLA-Systems bei Nierentransplantation und Bluttransfusion in der DDR“ ab. Sieben Jahre später erfolgte die Ernennung zum Honorarprofessor und Lehrstuhlleiter für das Fachgebiet Blutspende- und Transfusionswesen und zum Vorsitzenden der Zentralen Fachkommission sowie der Facharztprüfungskommission an der Akademie für Ärztliche Fortbildung.

Mit der Wiedervereinigung Deutschlands wurde Gerd Fünfhausen 1990 als Direktor des von ihm geleiteten Bezirksinstitutes für Blutspende- und Transfusionswesen Berlin im Rahmen der Abwicklung der medizinischen Einrichtungen abgelöst. Gerd Fünfhausen war ein freundlicher, umgänglicher und aufgeschlossener Arzt. Als Institutsdirektor wurde er von seinen Mitarbeitenden stets geschätzt und verstand es, sie zur Bearbeitung neuer Fachaufgaben zu motivieren. Unter seiner Leitung hatte sich das Berliner Institut zu der führenden Einrichtung des Transfusionsmedizinischen Dienstes in der ehemaligen DDR entwickelt. In Würdigung seiner Verdienste wurde Gerd Fünfhausen 2004 auf der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie e. V. (DGTI) für seine hervorragenden Leistungen beim Aufbau des Faches Blutspende- und Transfusionsmedizin in der DDR die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Wir haben einen hochgeachteten Kollegen verloren.

Univ. Prof. Dr. med. (em.) Dagmar Barz und
Prof. Dr. med. Gert Matthes



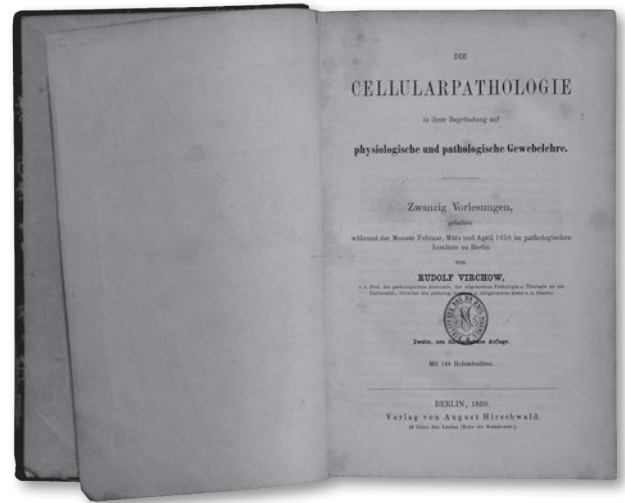
Virchow und die Naturphilosophie

Rudolf Virchow gilt als einer der Begründer der modernen naturwissenschaftlichen Medizin. Sein Hauptwerk „Cellularpathologie“ (1858) war ein wichtiger Meilenstein für deren Entfaltung. Virchows Rückbesinnung auf naturphilosophische Ideen, die seinem Menschenbild zugrunde lagen, findet dagegen bis heute weniger Beachtung, obwohl diese für ein Verständnis seines Werks wesentlich sind.

Virchow achtete historische Quellen der Medizin- und Kulturgeschichte. So bemerkte er in der Vorrede seines Hauptwerks, man habe es ihm „schon öfters zum Vorwurfe gemacht, dass ich die moderne Anschauung auf veraltete Standpunkte zurückzuschrauben bemüht sei. Hier kann ich wohl mit gutem Gewissen sagen, dass ich eben so wenig die Tendenz habe, den Galen oder den Paracelsus zu rehabilitieren, als ich mich davor scheue, das, was in ihren Anschauungen und Erfahrungen wahr ist, offen anzuerkennen.“ Diese Offenheit hat vor allem der Pathologe und Medizinhistoriker Walter Pagel thematisiert. In seiner Heidelberger Antrittsvorlesung von 1930 mit dem Thema „Virchow und die Grundlagen der Medizin des XIX. Jahrhunderts“ stellte er die These auf, dass Virchow weniger an die „naturwissenschaftliche Glanzepoche der Medizin“ Ende des 18. Jahrhunderts, als vielmehr an die romantische Naturphilosophie angeknüpft habe. Sein „universales Streben“ (Pagel), was im „Satz von der Einheit des menschlichen Wesens“ in seinem gesamten Werk zum Ausdruck komme, sei unverkennbar. Einerseits ging es ihm um die Einheit der Einzelzelle, andererseits aber auch um die Einheit des Organismus als „Zellenstaat“. Darüber hinaus sah er aber noch eine andere Einheit, die für den Krankheitsbegriff fundamental ist: nämlich die des „Normalen und Pathischen, eine Einheit aber auch aller Erkrankungen untereinander, die nunmehr letztlich ja auf die Veränderung der Zelle zu beziehen sind.“ (Pagel)

Virchow verwandte den Schlüsselbegriff des Vitalismus, die „Lebenskraft“, in einem ganz spezifischen Sinn: „Eine Zelle über-

trägt die Bewegung des Lebens auf die andere und die Kraft dieser Bewegung, die möglicherweise, ja ziemlich wahrscheinlich eine sehr zusammengesetzte ist, nenne ich Lebenskraft“. So gipfelte, wie es Pagel ausdrückte, in Virchow „das 19. Jahrhundert, denn in seiner Lehre sind naturphilosophische Elemente mit exakt induktiver Naturforschung zu neuer großartiger und zeitlos werthafter Synthese verschmolzen.“ Mit seiner bewussten Rückbesinnung auf wissenschaftliche Vorgänger, insbesondere seinen Lehrer, den Anatomen und Physiologen Johannes Müller, der noch stark vom naturphilosophischen Denken geprägt war, würdigte Virchow frühere Anschauungen, indem er sie für die eigene Forschungsstrategie nutzte. Bei aller Spezialisierung und Detailforschung wollte Virchow in jedem Augenblick das Ganze, die „Einheit des Lebens“ auf verschiedenen Ebenen im Blick behalten und immer wieder nach dem fragen, was die Welt, was das menschliche Leben im Innersten zusammenhält. Nicht nur der Begriff der Lebenskraft und der Topos von der Einheit des menschlichen Lebens offenbaren Virchows Nähe zur Naturphilosophie. Auch das Mikrokosmos-Makrokosmos-Modell, die Vorstellung, dass der Mensch als kleine Welt (Mikrokosmos) alle Dinge der großen Welt (Makrokosmos) in sich trage und mit diesen korrespondiere, ist bei ihm wiederzuentdecken. Im Begriff des Organismus als „Zellenstaat“ zeigt sich sogar eine Verdoppelung dieses Modells: Denn wie sich die einzelne Zelle zum



Titelblatt von Band I, Erstausgabe. Zweite Auflage der „Zellulärpathologie“ von Rudolf Virchow von 1859 (Erstausgabe 1858). Exemplar aus der Sammlung.

Organismus als Zellenstaat verhält, so verhält sich der einzelne Organismus zur menschlichen Gesellschaft („Staat“). Das menschliche Individuum, sein Organismus, ist in diesem Konstrukt gleichsam Mikrokosmos und Makrokosmos zugleich: Gegenüber der Einzelzelle ist der Organismus ein Makrokosmos, gegenüber dem „Staat“ ist er ein Mikrokosmos. Die zentrale Bedeutung des Organismus, wir können auch sagen, des einzelnen Menschen als Lebewesen, wird in dieser Systematik klar. Im Mittelpunkt von Virchows Denken steht der Mensch und insbesondere der kranke Mensch – und nicht die Zelle auf der einen und die Gesellschaft („Staat“) auf der anderen Seite, zwischen denen das Individuum zerrieben wird und es aus dem Blickfeld der Wissenschaft verschwindet. Er, der Mensch, ist der Dreh- und Angelpunkt, um den Virchows zellulärpathologische Forschung ebenso kreist wie seine sozialmedizinischen und gesellschaftspolitischen Studien und Initiativen, was in folgenden Leitsätzen zum Ausdruck kommt: „Die Medizin ist die Wissenschaft von dem gesunden und kranken Menschen.“ und „Die Medizin ist ihrem innersten Kern und Wesen nach eine soziale Wissenschaft.“

Schon Jahre vor der Veröffentlichung der „Cellularpathologie“ (1858) war der lebende Organismus für Virchow „ein freier



Staat gleichberechtigter, wenn auch nicht gleich begabter Einzelwesen, der zusammenhält, weil die Einzelnen aufeinander angewiesen sind“. Was das „Individuum im Großen“, sei „die Zelle im Kleinen“. Aber dieser „Zellenstaat“ bilde „nicht, wie im Sinne der humoralen und solidaren Schulen, eine despotische oder oligarchische Einheit“. Virchows Rede vom „Zellenstaat“ darf keineswegs im Sinne des Sozialdarwinismus, der sich Ende des 19. Jahrhunderts breit machte und den er eindeutig ablehnte, missverstanden werden. Virchow war kein Biologist!

In Virchows Denken stand der einzelne Mensch im Mittelpunkt des Interesses. Er ist eine Art Vermittler, Bindeglied zwischen der sozialen Welt draußen (Makrokosmos) und der biologischen Welt der Zellen drinnen (Mikrokosmos). Gerade hier ist das Erbe der Naturphilosophie unverkennbar. Weder die einzelne Zelle auf der einen, noch die Gesellschaft oder der Staat auf der anderen Seite sind der sprin-

gende Punkt, um den sich das menschliche Leben dreht, sondern es ist der lebendige Organismus des Einzelnen. Diese medizinische Anthropologie, wie sie in Virchows Gesamtwerk entfaltet wird, scheint heute in Vergessenheit geraten zu sein. Die Frage nach Bedeutung und Aufgabe des Individuums für eine demokratische Gesellschaft hat scheinbar nichts mehr mit Medizin zu tun. Die Kunst der heutigen Gesundheitsökonomie oder der evidenzbasierten oder personalisierten Medizin besteht ja gerade darin, die am einzelnen Subjekt ausgerichtete medizinische Anthropologie mit statistischen Methoden zu überwinden. Virchows Begriff der Freiheit und die damit assoziierten Begriffe „Demokratie“, „Wohlstand“ und „Humanität“ sind heute so aktuell wie damals. Allerdings fehlt der heutigen Biomedizin ein Virchow, der für sie eine anthropologische und damit auch eine soziale Begründung einfordern könnte. Virchow gehörte einer Generation von Ärzten und Naturforschern an, die unge-

achtet ihrer Hinwendung zur modernen Naturwissenschaft Goethes Naturauffassung verehrten und sich somit selbstverständlich auch auf Literatur, Kunst und Philosophie bezogen. Seine Vorlesung „Goethe als Naturforscher und in besonderer Beziehung auf Schiller“ von 1861 illustriert dies eindrucksvoll. Die Begegnung der beiden interpretierte er als eine „beglückende Versöhnung [von Idealismus und Realismus, Philosophie und Naturwissenschaft] in der ästhetischen Entwicklung des Individuums.“

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Angaben zum Autor:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott ist Professor für Geschichte der Medizin. Er leitete das Medizinhistorische Institut der Universität Bonn von 1987 bis zu seiner Emeritierung 2016.

Buchbesprechung



Herausgeber: Volker Köllner, Eike Langheim, Judit Kleinschmidt
Mein Herz + meine Seele
Das Zusammenspiel von Psyche und Herz: Spannende Einblicke in die Psychokardiologie, 216 Seiten, ISBN-10: 3432107579, 19,99 Euro RIAS Verlag, 2020

Als Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie freue ich mich immer, wenn es gelingt, die hoch technisierte Kardiologie mit der Psyche zusammenzubringen. Die Fortschritte in der Kardiologie sind fantastisch, können aber nicht isoliert betrachtet werden. Ihr eigentlicher und ausschließlicher Zweck ist es, sie am und für den Menschen einzusetzen. Herzkranken haben nicht nur einen kardiologisch behandelbaren „Defekt“, der repariert werden kann und dann ist alles wieder gut. In den allermeisten Fällen leiden die Betroffenen auch an den seelischen und körperlichen Auswirkungen der Erkrankung.

Ich erinnere mich an eine Patientin, die erfolgreich reanimiert und bei der ein Defibrillator implantiert wurde. Sie war sehr verzweifelt und wütend auf das Gerät, weil sie derart unter den furchtbaren Schlägen litt, die dieses immer wieder auslöste. Sie wollte es sich am liebsten wieder herausnehmen lassen und das Risiko, früher zu sterben, auf sich nehmen.

Das vorliegende Buch „Mein Herz + meine Seele“ ist genau von den drei Fachleuten verfasst, deren Fachwissen für alle herzkranken Patientinnen und Patienten von Nutzen ist und notabene richtet sich das Buch auch überwiegend an diese. Interessierte können sich anhand des exzellent gegliederten Inhaltsverzeichnis einen guten Überblick über mögliche Herzkrankheiten und auch über verschiedene seelische Erkrankungen sowie deren jeweilige Diagnose und Therapie verschaffen. Das Kernstück aber ist die Verbindung der beiden Krankheitsbereiche und die Notwendigkeit, immer beide zu bedenken und zu behandeln. Es zeigt aber auch, wie häufig die individuellen und äußeren Lebensumstände mit an der Entstehung der Erkrankung beteiligt sind und wie sie in positiver Weise zu beeinflussen sind. Sehr einfühlsam und verständnisvoll werden nicht nur die Notwendigkeit für Sport und Bewegung sowie Entspannung und gesunde Lebensführung dargestellt, sondern auch deren Sinn und realistische Umsetzung. Besonders gut gelungen sind die übersichtlichen Grafiken, Tabellen und Zusammenfassungen.

Insgesamt haben die Autorin und Autoren dreier Fachrichtungen gemeinsam ein sehr lesens- und wertvolles Buch vorgelegt, nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für Kolleginnen und Kollegen, die nicht direkt mit der Psychokardiologie befasst sind.

Dr. med. Irmgard Pfaffinger

Walter Stoeckel – zum 150. Geburtstag eines politischen Gynäkologen

„Ja, er war ein Großer unseres Faches. Dafür waren zwei Voraussetzungen in unmittelbarer Abhängigkeit voneinander erforderlich und erfüllt: Das waren die Kompetenz, wohl als einer der Letzten das gesamte Fach noch lückenlos zu repräsentieren, und die Strahlungskraft seiner Persönlichkeit ...“ So beschreibt Prof. Dr. med. Herbert Lax (1909–1987), Direktor der Universitätsfrauenklinik und Vizepräsident für den Medizinischen Bereich der Freien Universität Berlin, noch 1985 Walter Stoeckel (1871–1961), einer der herausragenden Ordinarien der Frauenheilkunde an der Charité.

Keinem Gynäkologen und Geburtshelfer seiner Zeit wurde von Zeitgenossen sowie Schülerinnen und Schülern mehr Einfluss auf sein Fach eingeräumt als Walter Stoeckel. Die Zahl der Schriften, die versuchen, ihn und sein Lebenswerk zu würdigen, ist ungezählt. An Umfang werden sie wohl nur übertroffen durch seine eigenen Schriften. Das gilt auch, wenn man die wissenschaftlichen Publikationen, die von ihm selbst verfassten Lehrbücher und Handbuchaufsätze abzieht. Seine flüssige und viel gelobte Schreibweise brachten ihn auch dazu, umfangreiche Aufzeichnungen über sich und seine beruflichen Begegnungen zu verfassen. Die fünf Jahre nach seinem Tod veröffentlichte, allerdings nicht mehr von ihm autorisierte, Autobiografie stellt nur den bekanntesten Teil dar. Dies alles rechtfertigt, sein Wirken aus Anlass seines 150. Geburtstags in Erinnerung zu rufen, umso mehr, als sein Einfluss über seine fortgeführten Lehrbücher wie seine Schülerinnen und Schüler auf zahlreichen Ordinariaten bis weit in die 1980er-Jahre weitere Generationen von Ärztinnen und Ärzten prägte.

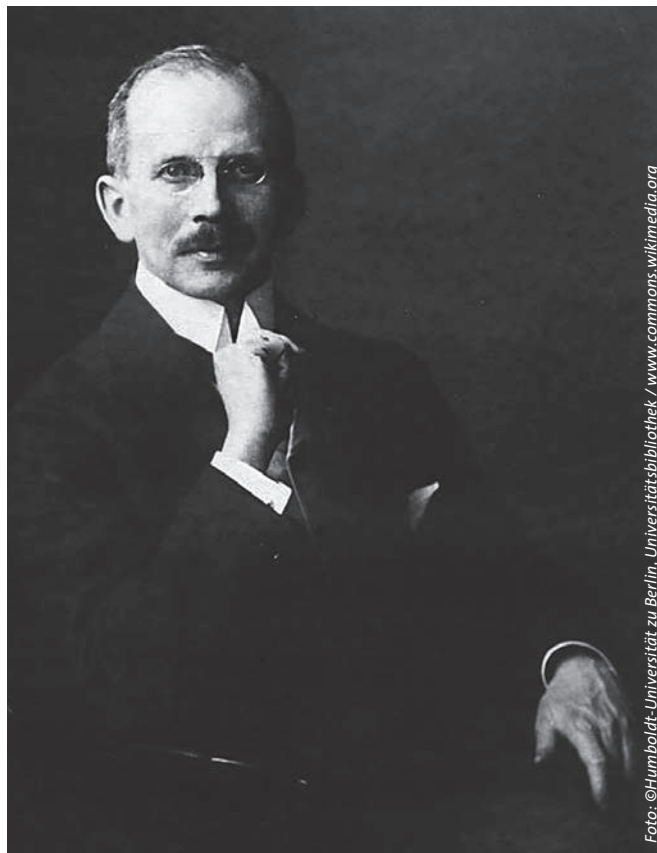
Walter Stoeckel wurde als Sohn eines Landwirtes und Gutsverwalters am 14. März 1871 in Stobingen bei Insterburg im damals zum Deutschen Reich gehörenden Ostpreußen geboren. Von 1890 bis 1895 studierte er Medizin in Leipzig, München, Jena und Königsberg. Nach kurzer Tätigkeit als Schiffsarzt, Assistent

und Oberarzt an der Universitätsfrauenklinik Bonn, habilitierte sich Stoeckel 1903 für Geburtshilfe und Gynäkologie in Erlangen und 1904 auch in Berlin, wo er bis 1907 an der Frauenklinik der Charité tätig war. 1907 folgte er einem Ruf nach Marburg, 1910 nach Kiel und 1922 nach Leipzig. Von 1926 bis 1951 leitete Stoeckel von der Weimarer Republik über den Nationalsozialismus bis in die Zeit der DDR die Klinik der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Berliner Universitätsfrauenklinik (ab 1949 Humboldt Universität zu Berlin). Ab 1930/31 war er ihr Dekan. Beide deutschen Staaten ehrten ihn für seine Verdienste um die Frauenheilkunde: 1951 die DDR mit dem Nationalpreis I. Klasse und 1960 mit dem Titel „Hervorragender Wissenschaftler des Volkes“. Im gleichen Jahr erhielt er die Paracelsus-Medaille der Bundesärztekammer.

Walter Stoeckel behauptete von sich, Wissenschaft und Politik stets getrennt zu haben. Zwischen 1950 und 1953

schrieb er: „Ich bin immer ein unpolitischer Mensch gewesen und habe mich absichtlich und bewusst von der Politik ferngehalten. [...] Der Satz ‚Wissenschaft hat mit Politik nichts zu tun und soll sich von ihr fernhalten‘, war fast akademisches Gesetz, dessen Richtigkeit sich bei mir immer mehr und mehr festigte.“ Mit dieser Selbsteinschätzung repräsentierte Stoeckel einen großen Teil der deutschen Ärzteschaft, die ihre eigene Nähe zur Gesundheitspolitik des Nationalsozialismus über Jahrzehnte nicht wahrhaben wollte.

Aber auch Stoeckel stand im Bann einer seit Anfang des 20. Jahrhunderts einsetzende Entwicklung in der Medizin. Im Zuge des sich etablierenden Sozialdarwinismus verlor man das Wohl des Individuums aus den Augen. Ärztinnen und Ärzte sowie me-



Nicht unumstritten: Walter Stoeckel (14.03.1871–12.02.1961)

Foto: ©Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsbibliothek / www.commons.wikimedia.org

dizinisch Forschende mit einem robusten Fortschrittsoptimismus diagnostizierten Krankheiten der gesamten „Volksgemeinschaft“ oder des sogenannten „Volkkörpers“ und wollten diese heilen. Die von ihnen vertretenen Forderungen nach Eugenik und Rassenhygiene, nach Zwangssterilisationen, nach einer sogenannten „Euthanasie“ und während des Krieges dann sogar nach Menschenversuchen sind Elemente, die diese Medizin kennzeichneten. Unter den politisch-ökonomischen Bedingungen des Nationalsozialismus radikalisierten sich jene Entwicklungen. Die Medizin lieferte die Kriterien für die Selektion von Menschen und eine damit verbundene Differenzierung zwischen „leistungsfähig“ und „leistungsunfähig“, „höherwertig“ und „minderwertig“, „lebenswert“ und „lebensunwert“. Die Forschung an „lebenden Objekten“, in der der Tod von Menschen einkalkuliert wurde, stellt nur ein weit fortgeschrittenes Stadium dieser Entwicklung dar. Mit der Begründung, „heilen“ und „drängende Probleme lösen“ zu wollen, wurden die Grenzen allgemein etablierter ethischer Normen verschoben.

Stoekel wirkte über vier staatliche Systeme hinweg in führenden Positionen der deutschen Hochschulmedizin. Wie bei den meisten Hochschullehrern kam es auch bei ihm zu einer Haltung des sich gegenseitig stützenden Gebens und Nehmens gegenüber der Staats- und Parteimacht. Die nationalsozialistische Politik profitierte von der Unterstützung durch national und international renommierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, diese wiederum profitierten von der materiellen Unterstützung und den Karrieremöglichkeiten, die ihnen auch und gerade der Nationalsozialismus bot. Wissenschaft und Politik bildeten symbiotisch Ressourcen füreinander. Als Vorsitzender der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe“ unterstützte Stoekel auf deren Jahrestagung 1933 die vom NS-Regime geforderte Gleichschaltung seiner Vereinigung und deren Einbindung in den „Führerstaat“. Schon im Jahr 1927 erschienenen dritten Band des von

Stoekel herausgegebenen „Handbuch der Gynäkologie“ wird der Schaffung einer rechtlichen Möglichkeit zur Zwangssterilisation ausdrücklich zugestimmt. Alle erst 1934 mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eingeführten Bestimmungen wurden also schon zu diesem Zeitpunkt als notwendig dargestellt. Dass die Sicherheit der Diagnose sich „... immer nur nach Wahrscheinlichkeiten richten ...“ könne, wurde in Kauf genommen. Wie ein überlieferter Vortrag belegt, stellte sich Stoekel später auf die Seite derjenigen, die eine Zwangssterilisation sogar dann befürworteten, wenn die Diagnose eines Erbleidens zahlreiche Unsicherheitsfaktoren aufwies. Dass die eugenische Indikation des Gesetzes Schwangerschaftsabbrüche bis zum Ende des sechsten (!) Monats bei „Erbkrankheit“ der Mutter zuließ, wurde von ihm akzeptiert, ebenso wie ein Geheimerlass aus dem Jahre 1940, der eugenisch indizierte Abtreibungen sogar ohne Gerichtsbeschluss erlaubte. Diese wurden auch in seiner Berliner Klinik vollzogen. Stoeckels Denken war tief im rassehygienischen Diskurs des Nationalsozialismus verankert. Für ihn war diese Haltung kein Widerspruch dazu, gleichzeitig ein lebenslanger und strikter Gegner von Schwangerschaftsabbrüchen aus sozialer Not zu sein, und auch nach dem Krieg noch zu schreiben: *Ich war fast ein halbes Jahrhundert lang ein unermüdlicher Kämpfer gegen die Abtreiberei gewesen ...*“ Es gab noch eine Ausnahme: Eine Vergewaltigung war für ihn doch „eine durchaus gültige Indikation“, wenn sie durch fremde Soldaten erfolgt war.

Wenn ein herausragender Wissenschaftler und Leiter großer Universitätskliniken

- a) die Übernahme antisemitischer und nationalsozialistischer Organisationsvorstellungen („Führer“ der Gynäkologen) in seiner eigenen wissenschaftlichen Fachgesellschaft mit allen Konsequenzen nicht nur passiv zulässt, sondern aktiv betreibt,
- b) einen der Kerngedanken der rassehygienischen NS-Vorstellungen und der späteren NS-Gesetze und -Verord-

nungen, den der Zwangssterilisation, schon lange vor der Machtübernahme durch den Nationalsozialismus und danach mit großer Kontinuität in seinen wissenschaftlichen Publikationen weiter propagiert und betreibt,

- c) seiner regelmäßig vorgetragenen Grundüberzeugung entgegen handelt, dass einzig und allein eine medizinische Indikation zum Abbruch einer Schwangerschaft führen darf, um sogar bei unbewiesener Erbkrankheit eugenisch begründeten Zwangsmaßnahmen gegenüber jungen Frauen nachzukommen,

dann ist diesem Wissenschaftler die in Anspruch genommene „unpolitische“ Haltung schwer zu glauben.

Walter Stoekel verbesserte zahlreiche Operationsverfahren und führte wichtige Neuerungen vor allem auf dem Gebiet der gynäkologischen Urologie ein, die von ihm maßgeblich zu ihrem international geltenden Standard entwickelt wurde. Weiter ist die bis heute angewendete „Schauta-Stoekelsche Operation“, die vaginale Totalexstirpation des Uterus, einer der bedeutendsten Beiträge zur Krebsbekämpfung.

Als Organisator und Verantwortlicher für Neu- und Erweiterungsbauten der Universitätskliniken in Marburg, Kiel, Leipzig und Berlin prägte Stoekel die Gestalt moderner Frauenkliniken. Sieben seiner Schüler wurden Ordinarien, vier wurden Leiter von Landesfrauenkliniken und neun weitere von gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen großer Krankenhäuser. Auch als akademischer Lehrer ragte er heraus, neben Lehrbüchern schuf er ein Filmarchiv der typischen Operationen. Die Stoekelsche Biografie und sein medizinisches und politisches Wirken ist weiter der Erinnerung wert.

Dr. med. Udo Schagen
Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité –
Universitätsmedizin Berlin
E-Mail: udo.schagen@charite.de

Literatur beim Verfasser

BERLINER ÄRZTE

3/2021

58. 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 Trabant
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 40806-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: RM Sehestern

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

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

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2021, gültig ab 01.01.2021.

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, 2021