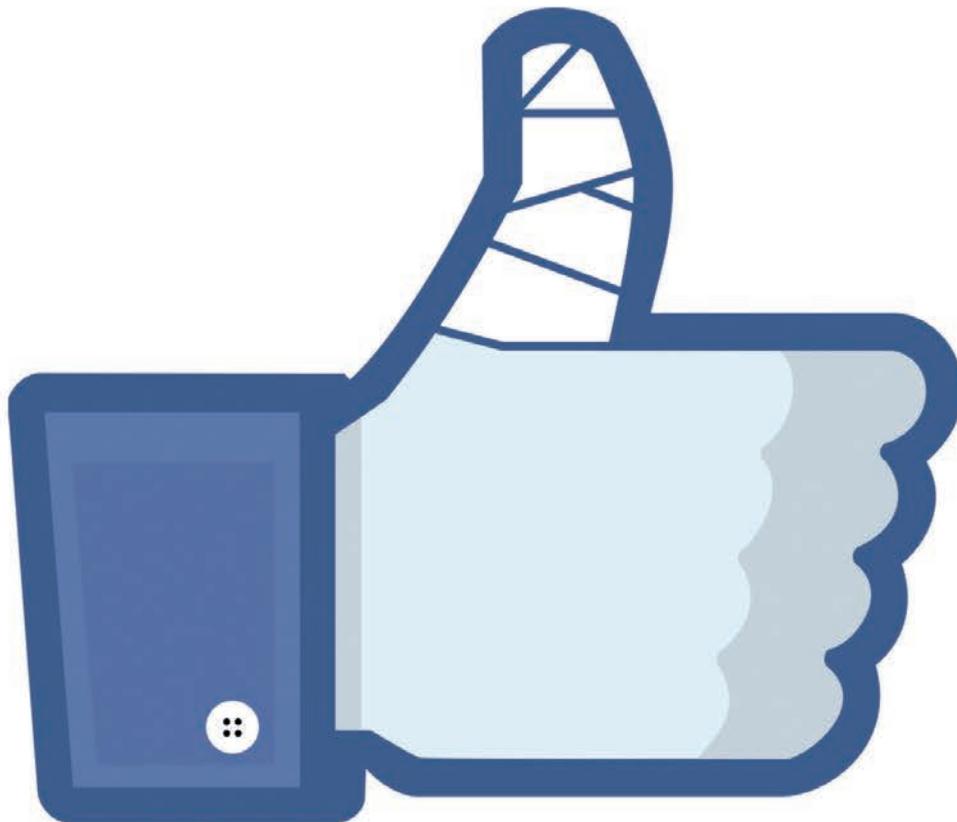


BERLINER ÄRZTE

05/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



ARZT **BEWERTUNGS** PORTALE

BERLINER ÄRZTE

5/2016 53. JAHRGANG

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

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

Redaktion: Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Dipl.-Medienwirtin (FH) Michaela Braun
(Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
PD Dr. med. Dietrich Banzer
Dr. med. Regine Held
Michael Janßen
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau
Dorothea Spring
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Roland Urban
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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

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

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

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

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

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2016, gültig ab 01.01.2016.

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 € 87,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 59,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 87,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,00 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2016

Medical Humanities an der Charité



Foto: Klaus von Fleischbein-Brinkschulte

Das Feld der Medical Humanities (Med. Hum.) ist verwirrend und schwer abzugrenzen. Es gibt seit Jahrzehnten Versuche der Definition und Modelle der Implementierung in die universitäre Ausbildung. Bezeichnet der Begriff also ein Sammelsurium für eine diffuse Vielfalt in der medizinischen Ausbildung?

Mit diesem Gebiet wird häufig die Hoffnung verknüpft, Defizite einer technisierten Medizin zu überwinden sowie sozialen und kulturellen Implikationen des Krankseins besser gerecht zu werden. Davon zeugen seit Jahren die zahlreichen Artikel, die zu diesem Thema weltweit publiziert wurden, besonders in der sich im Besitz des „British Medical Journals“ befindlichen Zeitschrift „Medical Humanities“.

Wie die Akademien der Wissenschaften der Schweiz 2014 zu den Med. Hum. ausgeführt haben, gibt es eine zweifache Verschränkung von Medizin und Gesellschaft:

- 1) Die Medizin selbst als ein Teilsystem der Gesellschaft wird in einem jeweils spezifischen historischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Kontext von verschiedenen Akteuren gestaltet.
- 2) Der Gegenstand der Medizin, also das, was unter Krankheit und Gesundheit verstanden wird, ist sozio-kulturell bestimmt und schließt die psychologische, anthropologische, soziale, kulturell-künstlerische, historische, ökonomische, spirituelle und wissenschaftliche Dimension stets ein.

Professor Dr. med.

Heinz-Peter Schmiedebach

ist Arzt, Medizinhistoriker und -ethiker. Er hat zum Wintersemester 2015 die bundesweit erste Professur für Medical Humanities an der Charité übernommen.

Die Med. Hum. repräsentieren demgemäß einen transdisziplinären geistes-, sozial- und kulturwissenschaftlichen Ansatz in der Lehre und Forschung, um die menschlichen Erfahrungen mit Krankheit, Behinderung und medizinischer Intervention auf neue Weise zu erfassen. Sie ermöglichen ein differenziertes Verstehen und sollen helfen, bislang nicht genutzte Ressourcen im Umgang mit Krankheit und Kranksein zu erschließen.

Die Diskussion über die Med. Hum. ist in Deutschland wenig entwickelt. Dies mag daran liegen, dass es seit 2004 im Medizinstudium einen Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ gibt und Medizingeschichte und Bioethik wesentliche Bereiche der Med. Hum. sind. Doch reichen Ansatz und Ziel der Med. Hum. sehr viel weiter. So soll z.B. auch die Herausbildung von ärztlichen Haltungen unterstützt werden, die die Patientinnen und Patienten in ihrer subjektiven Verfasstheit und ihrem Krankheitserleben besser zu berücksichtigen verstehen, was gerade in Anbetracht der Herkunft von Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Kulturen vorteilhaft ist. Diese Ziele können im Rahmen einer sich allein an naturwissenschaftlicher und technisierter Medizin orientierenden Ausbildung nicht erreicht werden.

Einen Weg in diese Richtung zeigt z.B. der narrative Ansatz innerhalb der Med. Hum.: Patientinnen und Patienten und / oder Angehörige werden ermutigt, ihre Lebens- und Krankheitsgeschichte detailliert, teilweise mit Unterstützung, aufzuschreiben. So aktualisieren sich alle Ebenen des Umgangs mit dem Kranksein (Gedanken, Gefühle, Bedeutungen, Empfindungen, Haltung usw.). Indem eine schriftliche Narration der Lebensereignisse entsteht, wird aus der sprachlosen Person im Umgang mit der eigenen Krankheit ein Akteur, dessen besondere Biographie und Identität auch vom medizinischen Personal gewürdigt werden kann.

An der Charité besteht seit einigen Monaten eine von der Friede Springer Stiftung finanzierte Stiftungsgastprofessur, die zwei Aufgaben hat. Erstens geht es um die Implementierung der Inhalte der Med. Hum. ins Curriculum des Modellstudiengangs Humanmedizin und in die verschiedenen Qualifikationswege der Lehrenden. Zweitens wird durch die Mitarbeit im Projekt „GeDenkOrt Charité“ in Kooperation mit der Universität der Künste durch die Einrichtung von Erinnerungsorten auf dem Campus Mitte, mit Hilfe künstlerischer Gestaltungen und Veranstaltungen der Weg zu einer Medizin in Verantwortung beschritten, zu der auch die Med. Hum. beitragen.

Von Fall zu Fall

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Der Befunderhebungsmangel – ein großes Haftungsrisiko

Kasuistik

Im Februar wurde bei einem Patienten eine seit dem 10. Lebensjahr nach Augenprellung bestehende Cataracta traumatica rechts operiert. Dabei kam es zu einer hinteren Kapselruptur mit vorderer Vitrektomie und Sulkusimplantation der Hinterkammerlinse. Die postoperative Sehschärfe entwickelte sich auf 0,8. Am 8. Oktober traten Photopsien, schwarze Punkte mit Behinderung bei der Arbeit auf. Am 15. Oktober stellte der Augenarzt erneut die Sehschärfe ohne Korrektur von 0,8 bei anliegender Netzhaut fest. Die Gesichtsfelduntersuchung (Gesamtfeld 81) zeigte überwiegend im nasal oberen Quadranten des rechten Auges absolute Skotome, ohne die 30°-Marke zu überschreiten. Glaskörpertrübungen wurden als Ursache für die Symptome vermutet. Am 6. November kam es jedoch zu einer Abnahme der Sehkraft. Die daraufhin konsultierte Augenklinik bestätigte eine Reduzierung der Sehschärfe rechts auf 0,6 sowie ein fragliches Foramen bei 6.00 Uhr in der Peripherie. Eine Netzhautablösung mit Makulabeteiligung wurde diagnostiziert. Auf Wunsch des Patienten erfolgte die stationäre Aufnahme erst am 8. November und am 9. November erfolgte die Amotio-Operation in Form einer Cerclage. Zusätzlich wurde ein Hufeisenforamen bei 9 Uhr festgestellt. Der postoperative Verlauf erwies sich als unauffällig. Die Sehschärfe erholte sich auf Werte zwischen 0,4 bis 0,5 unter Korrektur.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Patient vermutet, dass dem Augenarzt eine schwerwiegende Fehldiagnose unterlaufen sei und aufgrund der übersehenen Netzhautablösung eine Verzögerung der Behandlung zu einem deutlich verschlechterten funktionellen Ergebnis geführt habe. Der Augenarzt führt aus, dass sich die Sehschärfe gegenüber Voruntersuchungen mit 0,8 als unverändert erwiesen habe. Die

Netzhautuntersuchung, insbesondere im Bereich des hier vorhandenen Gesichtsfeldausfalls, habe keine Ablösung oder Vorstufen einer drohenden Ablösung ergeben, so dass er den Patienten mit der Empfehlung einer Wiedervorstellung bei Zunahme der Beschwerden entlassen habe.

Gutachten

Nach Ansicht der Gutachterin, Fachärztin für Augenheilkunde, sei die ophthalmologische Untersuchung des Patienten am 15.10. symptomgerecht, allerdings in Anbetracht des nachgewiesenen Gesichtsfelddefektes nicht ausreichend gewesen. Es hätte eine zusätzliche Kontaktglas- oder Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden müssen, vor allem bei Zustand nach Operation einer Cataracta traumatica mit Sulcusimplantation. Die Netzhautablösung wird von der Gutachterin als älter eingeschätzt, und zwar vor ihrer Diagnose am 07.11. Der Gesichtsfelddefekt am 15.10. sei bereits das Symptom einer umschriebenen Netzhautablösung gewesen. Bei rechtzeitigerer Diagnose hätte durch Laserkoagulation oder einen kleineren lokalen Eingriff eine Beteiligung der Makula verhindert werden können.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen, die die Beweislast zu Lasten des Arztes umkehrten. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verkennung dieses Befundes als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Die am 15.10. von dem Augenarzt durchgeführte Untersuchung war bei typischen Symptomen einer Netzhautirritation, insbesondere bei Zustand nach Contusio bulbi und komplizierter Kataraktoperation mit Kapselruptur und Sulkusimplantation der Hinterkammerlinse, nicht ausreichend, zumal bei der bekannten Anamnese ein stark erhöhtes Risiko für eine Amotio besteht. Weiterhin fehlte die Klärung des hier nachgewiesenen Gesichtsfelddefektes. Die Hinweise auf einen unveränderten Visus bei scheinbar noch anliegender Netzhaut greifen in Anbetracht des nicht geklärten Gesichtsfeldbefundes nicht, zumal dieser im vorgelegten Gesichtsfeld bereits die 30°-Marke nach zentral überschritten hatte. Die weiterhin differentialdiagnostische Möglichkeit einer zentralen Ursache für den Gesichtsfelddefekt hätte eine Gesichtsfelduntersuchung des Partnerauges erfordert. Diese war nicht erfolgt. Ohne Nachweis einer entsprechenden Veränderung auf dem kontralateralen Auge und ohne Nachweis einer möglichen Sehnervenschädigung muss aufgrund des weiteren Verlaufes davon ausgegangen werden, dass eine sich langsam entwickelnde Netzhautablösung bereits bei der Erstuntersuchung für den hier nachgewiesenen Defekt des Gesichtsfeldes verantwortlich zu machen war. Nicht umgehend eine Operation in Kenntnis einer sich entwickelnden Netzhautablösung zu veranlassen, würde einen schweren Behandlungsfehler darstellen. Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Schlichtungsstelle befand als Gesundheitsschaden eine mäßig ausgeprägte Anisometropie infolge der Notwendigkeit einer Cerclage-Operation sowie eine permanente Herabsetzung der Sehschärfe auf 0,4 bis 0,5.

PD Dr. med. Jörg Peter Harnisch
Facharzt für Augenheilkunde

Kerstin Kols
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern



TITELTHEMA.....

IM BEWERTUNGSDSCHUNDEL

Heutzutage müssen sich nicht nur Hotels, Restaurants oder Ebay-Verkäufer bewerten lassen, auch für Ärzte gibt es mittlerweile zahlreiche Bewertungsportale. Dass Ärzte die dort abgegebenen Urteile nicht einfach hinnehmen müssen, bestätigt nun ein BGH-Urteil. Mehr dazu lesen Sie hier.

Von Julia Frisch.....14

GASTKOMMENTAR.....

Medical Humanities an der Charité

Von Heinz-Peter Schmiedebach.....3

BERUFSRECHT.....

Von Fall zu Fall

Aus der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.....4

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Übertragbare Colistin-Resistenz in Keimen von Nutztieren in Deutschland

Informationen aus dem Bundesinstitut für Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

KTQ in China: Den Blick über den Tellerrand gewagt

Von Uwe Torsten.....21



Logo: Jameda

Delegierte kritisieren geplante Novelle des Psychotherapeutengesetzes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. April 2016
Von Sascha Rudat.....27

BÄV-Vertreterversammlung ändert Anlagerichtlinien

Bericht von der Vertreterversammlung am 7. April 2016
Von Sascha Rudat.....29

Hektik in Zeiten der DRGs

von Adelheid Müller-Lissner.....31

Gesundheitsgefahren durch Asbest

Von Xaver Baur.....34

ZB MED droht Schließung.....36

FORTBILDUNG.....

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

VERSCHIEDENES.....

Die Tradition studentischer Wissenswettbewerbe soll an der Charité weiterleben

Von Frauke Glöckner.....33

PERSONALIEN.....

In memoriam Rudolf Hünemohr

Von Andreas D. Ebert.....36

FEUILLETON.....

Was sonst noch passierte

Von Harald Mau.....37

ASV: eine Chance für Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen?

Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind komplexe chronische Erkrankungen, die eine interdisziplinäre Behandlung benötigen. Daher steht die Frage, ob die Krankheitsbilder nicht ideal für den neuen Versorgungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wären, im Mittelpunkt des Schwerpunktsymposiums „ASV: eine Chance für Menschen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen?“.

Die ASV wurde geschaffen, um die Versorgung von Patienten mit schweren und seltenen Erkrankungen zu verbessern. Dabei hat der Gesetzgeber im §116b SGB V bereits einen Katalog an Krankheiten festgelegt, der in die ASV aufgenommen werden soll. Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) wie Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind derzeit jedoch im gesetzlichen Katalog nicht enthalten, obwohl gerade diese Patienten von der

interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsstruktur der ASV profitieren könnten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Möglichkeit, auch neue geeignete Indikationen zu ergänzen.

Das Symposium findet am **Mittwoch, den 1. Juni 2016**, in der Hörsaalruine der Charité, Virchowweg 16 in Berlin statt und wird vom Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e. V. organisiert.

Nähere Informationen zum Programm, den Teilnahmegebühren und zur Anmeldung finden Interessierte hier: www.qualidoc.org/symposium2016



Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken Berlin | Mitte

Neue Ärztliche Leiterin der DRK Kliniken Berlin | Mitte ist

seit dem 1. März 2016 Dr. med. Ellen Foert. Sie ist seit fünf Jahren Chefärztin des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie und folgt auf Prof. Dr. med. Peter Dorow, der das Unternehmen bereits Ende 2015 verlassen hat. Er war seit Juli 1988 für die DRK Kliniken Berlin als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Pneumologisches und Schlafmedizinisches Zentrum und als Ärztlicher Leiter tätig. Die Chefarztposition übernimmt ebenfalls zum 1. Mai 2016 PD Dr. med. Bernd Cornelius Schmidt. Er hat nach dem Medizinstudium an der Universitätsklinik Charité seinen Facharzt für Innere Medizin und den Facharzt für Pneumologie erlangt. Am Universitätsklinikum Halle war er seit 2010 Leiter der Pneumologie und zudem im Geschäftsführenden Vorstand des Krukenberg-Krebszentrum Halle tätig.

DRK Kliniken Berlin | Westend

Erstmals leitet am Klinikstandort Westend eine

chefärztliche Doppelspitze die Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Kardiologie. Zum 1. April 2016 hat PD Dr. med. Sascha Rolf gemeinsam mit Chefarzt PD Dr. med. Christian Opitz die Leitung der Klinik übernommen. Der bisherige langjährige Chefarzt sowie Ärztliche Leiter Dr. med. Ralph Schoeller ist in den Ruhestand gegangen.

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

Ambulante Versorgung: Mehr angestellte Ärzte, weniger Niedergelassene

Auch im vergangenen Jahr ist die Anzahl der niedergelassenen Vertragsärzte zurückgegangen, während die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren weiter angestiegen ist. Demnach bevorzugen immer mehr Ärztinnen und Ärzte eine Anstellung und Teilzeitbeschäftigung statt eines vollen Versorgungsauftrages in eigener Niederlassung. Das zeigen die Daten des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2015, die nun vom Marburger Bund ausgewertet wurden.

Demnach waren Ende des vergangenen Jahres insgesamt 26.091 angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung tätig, ein Plus von 2.398 gegenüber dem Jahr 2014 (+10,1 Prozent). Davon sind 13.949 Frauen (+10,8 Prozent). Im selben Zeitraum sank die Gesamtzahl der Vertragsärzte um 1.145 auf nunmehr 108.493 Ärzte. Erneut am stärksten ging die Anzahl der Vertragsärzte in Einzelpraxen zurück, die keine angestellten Ärzte beschäftigen. Gegenüber 2014 sank ihre Zahl um 1.562 auf 56.892 Ende 2015.

Damit setzten sich auch 2015 die Trends der vergangenen Jahre fort: Die Niederlassung in eigener Praxis als „Einzelkämpfer“ verliert an Attraktivität, dagegen hält der Trend zu kooperativen Strukturen und zur Angestelltentätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung an. So nahm nicht nur die Gesamtzahl der angestellten Ärzte zu, sondern auch die der Praxisinhaber mit angestellten Ärzten. Die Anzahl der Vertragsärzte in Einzelpraxen, die angestellte Ärzte beschäftigen, stieg von 5.059 (2014) auf 5.632 (2015). In diesen Praxen arbeiteten Ende 2015 insgesamt 7.336 angestellte Ärzte (2014: 6.444 angestellte Ärzte) – ein Plus von 13,8 Prozent. Der Großteil der angestellten Ärzte arbeitet indes in Medizinischen Versorgungszentren und Polikliniken (12.430). Hier verzeichnet das Bundesarztregister der KBV einen Anstieg der angestellten MVZ-Ärzte um sieben Prozent. Auch der Anteil der angestellten Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften hat im Jahr 2015 zugenommen. Ende 2015 arbeiteten 6.325 angestellte Ärzte in Gemeinschaftspraxen, 2014 waren es noch 5.634 – ein Plus um mehr als zwölf Prozent.

Ärztinnen und Ärzte für eine (Online-) Befragung gesucht

Wer wird gesucht? Ärztinnen und Ärzte, die in ihrem Behandlungsalltag regelmäßig Kontakt zu Patienten mit Brust-, Darm- oder Prostatakrebs haben.

Worum geht es in der Befragung? Es geht um die ärztliche Sicht auf Strategien und Maßnahmen, die an Krebs erkrankte Personen zusätzlich zu der medizinischen Behandlung anwenden (können) (z.B. ernährungsbezogene Strategien oder körperliche Aktivität). Was halten Sie für sinnvoll? Welche Empfehlungen zusätzlich zur medizinischen Behandlung geben Sie und wovon raten Sie eher ab?

Was ist das Ziel der Studie? Mit den Ergebnissen unserer Studie soll die ärztliche Beratungssituation für alle Beteiligten verbessert sowie Angebote und Informationsmaterialien für Patienten entwickelt werden.

Wer führt die Studie durch? Am Momentum Projekt beteiligt sind die Universität Heidelberg (Prof. Dr. Monika Sieverding), das Deutsche Krebsforschungszentrum (Prof. Dr. Karen Steindorf), das Universitätsklinikum Heidelberg (Dr. Joachim Wischemann) und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen. Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe gefördert.

Wie können Sie teilnehmen? Über die Internetseite: www.momentum-projekt.de können Sie an der Befragung teilnehmen (Dauer: ca. 15-20 Minuten). Alternativ können Sie den Fragebogen gern auch in einer Papierversion per E-Mail: momentum@dkfz.de anfordern und zugeschickt bekommen (mit frankiertem Rückumschlag). Für die Teilnahme an der Befragung erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 25 Euro.

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



DRK Kliniken Berlin I Köpenick Mit dem Wechsel von Dr. Opitz an den Klinikstandort Westend wird Dr. med. Iskandar Atmowihardjo zum 1. Mai 2016 neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin – Schwerpunkt Kardiologie in Köpenick. Dr. Atmowihardjo war in den vergangenen 18 Jahren Oberarzt der Abteilung für Kardiologie und konservative Intensivmedizin am Vivantes-Klinikum am Urban und gilt als Experte in der Behandlung komplexer Herzkranzgefäßerkrankungen, insbesondere der Eröffnung chronischer Herzkranzgefäßverschlüsse.

Charité – Universitätsmedizin Berlin Im April hat Prof. Dr. Denis Poddubnyy die Leitung der Rheumatologie an der Medizinischen Klinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Er tritt damit in die Fußstapfen seines bisherigen Chefs, Prof. Dr. Joachim Sieper, der die Rheumatologie am Campus Benjamin Franklin seit Anfang der 90er Jahre auf- und ausgebaut hat. Prof. Sieper war unter anderem viele Jahre im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und ist langjähriges Mitglied der „Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS), deren Präsidentschaft er ab Januar 2018 übernehmen wird. Prof. Denis Poddubnyy hat in Saratow, Russland, studiert und ist seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Sieper. Seit 2014 ist er Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie und hat sich 2014 mit einer Arbeit zu entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen habilitiert.

Ebenfalls zum 1. April hat Prof. Dr. Michael Schütz eine W3-Professur für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin übernommen. Gleichzeitig wird er Geschäftsführender Direktor des Centrums für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), das die Orthopädie und Unfallchirurgie am Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum zusammenfasst. Seit Beginn seiner chirurgischen Laufbahn ist Michael Schütz in klinisch orientierte Forschung eingebunden. Er hat an der Philipps-Universität Marburg und an der Ludwig-Maximilians-Universität München Medizin studiert und promovierte 1992 in Aachen im Fach Flug- und Raumfahrtmedizin. In den vergangenen Jahren war er in Davos und am Campus Virchow-Klinikum der Charité, an der Queensland University of Technology (QUT) und am Princess Alexandra Hospital (PAH) in Brisbane, Australien, tätig.

Der Aufsichtsrat der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat Astrid Lurati für die Dauer von fünf Jahren zur Direktorin des Klinikums bestellt. Die Diplom-Kauffrau ist zugleich Mitglied des Vorstands, der damit ab 15. Mai wieder komplett ist. Astrid Lurati kann auf eine mehr als zehnjährige Tätigkeit als Leiterin des Geschäftsbereichs Finanzen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zurückblicken, wo sie auch als Stellvertreterin des Kaufmännischen Direktors tätig war. Lurati hat einen Master in Pharmazeutischer Medizin und verfügt als Diplom-Kauffrau über vielfältige Berufserfahrungen und eine umfassende Branchenkenntnis im Gesundheitssektor.

Zudem hat der Aufsichtsrat Judith Heepe als neue Pflegedirektorin bestellt, die damit zugleich Mitglied der Klinikumsleitung ist. Die gebürtige Berlinerin hat bereits ihre Ausbildung zur Krankenschwester an der Charité absolviert und war dort in der Pflege sowie als Stationsleitung tätig, bevor sie 2006 Pflegerische Centrumsleiterin wurde. Die Aufgaben der Pflegedirektorin hatte Judith Heepe im Juni 2015 kommissarisch übernommen.

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

Ethikrat

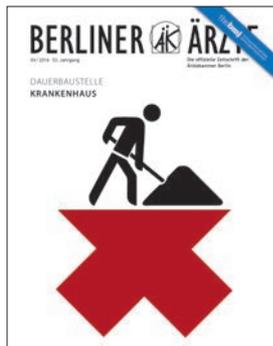
Gremium fordert Kurswechsel in der Krankenhausversorgung

Seit Jahren ist die Krankenhausversorgung Gegenstand politischer Debatten. Sie entzündeten sich beispielsweise an der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und dem zunehmenden ökonomischen Druck, insbesondere auch auf den Krankenhaussektor. In einer aktuellen Stellungnahme hat der Deutsche Ethikrat nun 29 Empfehlungen für eine am Patientenwohl orientierte Ausgestaltung der Krankenhausversorgung vorgelegt.

Die Gesundheitspolitik und die Krankenhäuser sollen mehr für das Patientenwohl in den deutschen Kliniken tun.

Das Gremium, das die Politik in ethischen, medizinischen, rechtlichen und sozialen Fragen berät, empfiehlt unter anderem die Krankenpflege durch Mindestquoten für Pflegekräfte zu verbessern und die Krankenhäuser sollten die Behandlungen von Patienten mit mehreren Krankheiten besser abrechnen können. Durch bessere Kommunikationsabläufe sollen den Patienten zudem mehr Informationen zugänglich werden.

Außerdem schlägt der Deutsche Ethikrat vor, transparente Kriterien für eine primär am Patientenwohl ausgerichtete Krankenhausplanung zu entwickeln. Auch wird empfohlen, bundeseinheitliche Standards für die Krankenhausplanung einzuführen und die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambularem Sektor erneut unter dem besonderen Aspekt des Patientenwohls systematisch zu analysieren und zu evaluieren.



Lesen Sie hierzu auch das Titelthema „Dauerbaustelle Krankenhaus“ aus BERLINER ÄRZTE 04/16 sowie die Meldung auf Seite 13. Die Empfehlungen des Ethikrates finden Sie im Internet unter: www.ethikrat.org

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Vivantes Klinikum im Friedrichshain

PD Dr. Thomas Fuchs ist seit 1. April 2016 neuer

Chefarzt des Zentrums für Muskuloskeletale Medizin – Klinik für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Zuletzt arbeitete er als leitender Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster. Zu seinen Schwerpunkten gehört die Traumatologie, und hier insbesondere die Beckenchirurgie, inklusive der Rekonstruktion nach Brüchen der Hüftgelenkspfanne. Sein wissenschaftliches Spezialgebiet ist die Behandlung von Knocheninfektionen. PD Dr. Fuchs studierte in Berlin und begann nach Aufhalten in New York und Südafrika seine Karriere 2001 als Assistenzarzt im Bundeswehrkrankenhaus Berlin. 2008 legte er die Prüfung zum Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie ab und wurde im gleichen Jahr zum Oberarzt ernannt.

Die Visceralchirurgie des Vivantes Klinikum im Friedrichshain hat ebenfalls einen neuen Chefarzt: Seit April 2016 leitet Prof. Dr. Martin Loss die Klinik für Chirurgie – Visceralchirurgie. Er ist ein ausgewiesener Experte für Leber-, Gallenwegs- und Bauchspeicheldrüsenchirurgie und will das chirurgische Spektrum vor allem für Patienten mit Krebserkrankungen ausbauen. Professor Loss, der seine Ausbildung an der Medizinischen Hochschule Hannover erhielt und u.a. Erfahrungen an der Universitätsklinik in Sydney, Australien, sammeln konnte, war zuletzt als Leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Regensburg tätig. Hier war er zudem für die Leber- und Pankreastransplantation bei Erwachsenen wie auch bei Kindern verantwortlich. Auch wissenschaftlich ist Loss aktiv. So forscht er schwerpunktmäßig über innovative Operationstechniken von Lebertumoren und betreut zahlreiche klinische Studien.

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

Wissenschaftspreis

Wissen, was bei den Patienten ankommt

Um die Erforschung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung zu fördern, hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) erneut den mit 5.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis „regionalisierte Versorgungsforschung“ des Versorgungsatlas ausgeschrieben.

Regionale Unterschiede in der medizinischen Versorgung gibt es überall. Das zeigt die Versorgungsforschung, die untersucht, welche ärztlichen Diagnosen und Thera-

pien Patienten erhalten. „Im Unterschied zur klinischen Forschung, die neue Behandlungsverfahren entwickelt und prüft, will die Versorgungsforschung wissen, was beim Patienten ankommt.“ sagt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi. „Unerwünschte Unterschiede in der Qualität der Versorgung können für Patienten große Bedeutung haben und sind eine Herausforderung für die Verantwortlichen in Politik und Krankenkassen sowie für niedergelassene Ärzte und Kliniken“, so Dr. Jörg Bätzing-Feigen-

baum, Leiter des Bereichs Versorgungsatlas am Zi.

Der Wissenschaftspreis „regionalisierte Versorgungsforschung“ soll diesen Forschungsbereich weiter stärken. Mit dem Preis können Arbeiten aus allen Bereichen der Versorgungsforschung ausgezeichnet werden, die regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung thematisieren. Neben Originalarbeiten werden auch bereits veröffentlichte Publikationen aus dem Vorjahr akzeptiert und Ergebnisse aus Diplom- oder Masterarbeiten sowie aus Dissertationen sind ebenfalls

willkommen, wenn sie den Anforderungen des Versorgungsatlas entsprechen. Auch Arbeiten in englischer Sprache werden angenommen. Einsendeschluss ist der 05. August 2016 und nähere Informationen finden Interessierte im Internet unter: www.versorgungsatlas.de -> rechte Spalte.

Bewertet werden die Arbeiten durch den wissenschaftlichen Redaktionsbeirat und die Redaktion des Versorgungsatlas. Die Preisverleihung findet voraussichtlich im Dezember 2016 statt und die ausgezeichnete Arbeit wird auf dem Portal „Versorgungsatlas“ veröffentlicht.

Klinische Studien

Unterstützerzahl der AllTrials campaign wächst

Im März haben sich die American Medical Association (AMA) sowie die National Breast Cancer Coalition der AllTrials campaign angeschlossen. Die AMA ist die größte amerikanische Vereinigung von Ärzten, Studenten, Patientenorganisationen sowie Berufsverbänden und repräsentiert mehr als 228.000 Gesundheitsdienstleister.

Beide Organisationen gehören nun zur Liste der fast 650 Patientengruppen, Berufs- und Fachgesellschaften, Forschungszentren und anderen, die die AllTrials campaign unterstützen. Diese ist im Januar 2013 gestartet und fordert, dass alle vergangenen und gegenwärtigen klinischen Studien registriert und vor allem, dass deren Ergebnisse gemeldet werden. Ins Leben gerufen wurde die internationale Initiative von Ben Goldacre, British Medical Journal, dem Zentrum für Evidenzbasierte Medizin, Cochrane Collaboration, James Lind Initiative, PLOS und Sense About Science. In den vergangenen Jahren unterzeichneten 87.835 Menschen und 647 Organisationen die sogenannte AllTrials Petition. Nähere Informationen finden Interessierte im Internet unter: www.alltrials.net/

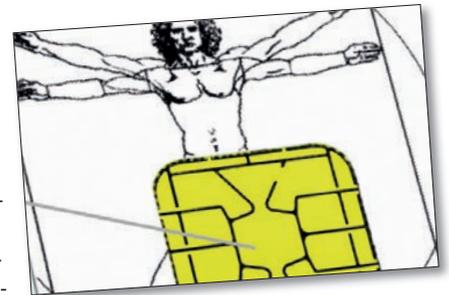
Gesundheitskarte

Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende in Berlin eingeführt

Anfang dieses Jahres hat Berlin die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt. Im ersten Quartal 2016 sind den Angaben zufolge bereits 3.535 elektronische Gesundheitskarten beantragt und davon 1.574 Karten ausgegeben worden.

Die Beantragung der elektronischen Gesundheitskarte erfolgt im Rahmen der Erstregistrierung im Land Berlin. In der Zeit zwischen Antragstellung und Ausgabe der Karte erhält jeder antragstellende Asylsuchende einen durch die Krankenkassen erstellten vorläufigen Behandlungsschein. Die Regelzeit für die Bereitstellung der elektronischen Gesundheitskarte durch die Krankenkassen beträgt vier Wochen. Bislang beteiligen sich vier Krankenkassen – AOK Nordost, die BKK VBU, die DAK-Gesundheit und die Siemens-Betriebskrankenkasse – an dem Verfahren.

Die elektronische Gesundheitskarte erleichtert nicht nur den Geflüchteten selbst die Bewälti-



gung des Alltags und ermöglichen ihnen einen leichteren Zugang zu den ihnen gesetzlich zustehenden medizinischen Leistungen, die Karte trägt auch dazu bei, die Situation bei der Leistungsgewährung am LAGeSo zu verbessern, so Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales. Ziel der Senatsverwaltung sei es, bis zum Ende des Jahres vollständig auf die Ausgabe der grünen Krankenscheine verzichten zu können und alle Asylbewerberinnen und Asylbewerber in Berlin mit einer elektronischen Gesundheitskarte versorgt zu haben. Die Leistungen trägt, wie bisher auch, das Land als Sozialhilfeträger – und nicht die Versicherungsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen.

Übertragbare Colistin-Resistenz in Keimen von Nutztieren in Deutschland

Erste Untersuchungsergebnisse aus dem Resistenzmonitoring am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) zeigen, dass das erstmalig in China nachgewiesene übertragbare Gen *mcr-1*, das eine Resistenz gegenüber dem Antibiotikum Colistin verursacht, auch in Darmbakterien von Nutztieren in Deutschland weit verbreitet ist. Am häufigsten wird diese Colistin-Resistenz bei *Escherichia coli* von Mastgeflügel nachgewiesen. Übertragbare Resistenzgene können von harmlosen Darmbakterien, den sogenannten kommensalen Keimen, auf Krankheitserreger übertragen werden und die Therapie gegen diese Krankheitserreger erschweren. Bisher wurde davon ausgegangen, dass eine Resistenz gegenüber Colistin nicht zwischen Bakterien übertragen werden kann. Auch ist der Anteil Colistin-resistenter Bakterien-Isolate von Nutztieren in den vergangenen Jahren in Deutschland nicht angestiegen. Inwieweit die nun nachgewiesene übertragbare Antibiotikaresistenz bei der Behandlung von Infektionskrankheiten des Menschen eine Rolle spielt, muss jetzt auf der Seite der Humanmedizin erforscht werden. Die aktuellen Ergebnisse bestätigen erneut, dass die Strategie eines verantwortlichen Einsatzes von Antibiotika weiter konsequent verfolgt werden muss. Diese sollte



Bundesinstitut für Risikobewertung

im Sinne eines One-Health-Ansatzes alle Wirkstoffgruppen in der Tier- und in der Humanmedizin einbeziehen. Weitere molekularbiologische Untersuchungen zum genetischen Hintergrund und Übertragungspotential werden nun durchgeführt, um mögliche Risiken für die Verbraucher abzuschätzen.

Das BfR hat Bakterien-Isolate, die sich in Untersuchungen der vergangenen Jahre als resistent gegen Colistin erwiesen hatten, noch einmal getestet, ob sie das übertragbare Gen *mcr-1* tragen. Mit einer vom europäischen Referenzlabor in Kopenhagen bereitgestellten Methode wurden Isolate zurückliegend bis 2012 untersucht. Auf eine Resistenz gegen Colistin wird in Deutschland seit Jahren im Rahmen des Resistenzmonitorings untersucht. Entsprechend ist bekannt, dass eine Resistenz gegen Colistin insbesondere bei Isolaten des Darmkeims *Escherichia coli* und bei Salmonellen aus Geflügelbeständen anzutreffen ist. Das BfR untersucht nun weitere Proben aus den Jahren vor 2012.

Ein Beitrag im Fachmagazin *The Lancet Infectious Diseases* hatte den Nachweis des übertragbaren Gens *mcr-1* in China beschrieben. Demnach wurden Bakterien mit diesem Gen in China sowohl beim Menschen, als auch bei Tieren und Lebensmitteln gefunden. Die Autoren führten das Vorkommen dieses Gens auf den häufigen Einsatz von Colistin in der chinesischen Tierhaltung zurück.

Dänische Behörden hatten Anfang Dezember 2015 über den Nachweis des Gens in Proben von Geflügelfleisch aus Deutschland berichtet. Auch Untersuchungen in England und in den Niederlanden verliefen positiv. Die bisherigen, nach Erscheinen der chinesischen Publikation gezielt durchgeführten Studien zum Vorkommen von *mcr-1* zeigen somit, dass das in China beschriebene Resistenzgen auch in Europa zumindest seit einigen Jahren verbreitet ist.

In Deutschland wird das Polypeptid-Antibiotikum Colistin vor allem in der Nutztierhaltung zur Behandlung von Darmerkrankungen eingesetzt. In der Humanmedizin kommt Colistin als Antibiotikum speziell bei Carbapenem-resistenten Enterobakterien zum Einsatz, wenn diese gegen andere, für den Menschen besser verträgliche, Antibiotika unempfindlich sind.

Informationsreise

Russische Delegation besucht Ärztekammer Berlin



Eine Delegation mit Vertretern des russischen Gesundheitsministeriums hat am 5. April 2016 die Ärztekammer Berlin besucht.

Der Besuch war Teil einer Reise zur Information über das deutsche Gesundheitswesen. Zuvor hatten sich die Besucher bei der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer Brandenburg informiert. Marina Lesnikova, stellv. Leiterin des Justizdepartments des Gesundheitsmi-

nisteriums, Eduard Salakhov, stellv. Leiter des internationalen Departments und Irina Andreeva, Referentin der russischen Gesundheitsministerin Weronika Skworzowa, (v.r.) stellten Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (li.) eine Vielzahl von Fragen rund um die Themenbereiche Weiter- und Fortbildung sowie zur Berufsaufsicht. Von besonderem Interesse war dabei das Verhältnis von Staat und ärztlicher Selbstverwaltung.

Statistik

Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin erneut leicht gesunken

Aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin gingen im vergangenen Jahr 498 neue Vorwürfe bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover ein (2014: 515 Anträge).

Von diesen Anträgen und den noch nicht abschließend entschiedenen Fällen aus den Vorjahren konnten 534 Fälle erledigt werden. In 239 Fällen wurde das Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt, weil die Verfahrensvoraussetzungen nicht vorlagen (u. a. Nichtzu-

ständigkeit, fehlende Zustimmung der Antragsgegner, Antragsrücknahme, anhängige Zivil- oder Strafprozesse). Von den verbliebenen 295 geprüften Fällen wurden 86 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 209 Fällen wurde die Anerkennung abgelehnt. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 29,15 Prozent (2014: 27,7 Prozent).

452 Fälle aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin konnten 2015 von der Schlichtungsstelle nicht abschließend bearbeitet werden, sodass sie mit in dieses

Ärzttestatistik 2015

Medizinischer Versorgungsbedarf steigt schneller als die Zahl der Ärzte

Die jetzt von der Bundesärztekammer veröffentlichten Ergebnisse der Ärzttestatistik für das Jahr 2015 zeigen, dass sich die Zahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten ärztlich tätigen Mediziner im vergangenen Jahr nur leicht um 1,7 Prozent erhöht hat. Das bedeutet einen Anstieg um 6.055 Ärzte auf nunmehr 371.302 bundesweit.

Davon arbeiteten 189.622 im Krankenhaus (+ 1,8 Prozent). Ambulant tätig waren 150.106 Ärzte (+ 1,5 Prozent). Gleichzeitig stieg die Zahl der Behandlungsfälle kontinuierlich an, und ein Ende dieses Trends ist nicht in Sicht. Zwischen 2004 und 2014 erhöhte sich die Zahl der ambulanten Behandlungen in Deutschland um 152 Millionen. Ähnlich sieht es in den Krankenhäusern aus. Die Unternehmensberatung Deloitte prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine Zunahme der Fallzahlen im stationären

Bereich um mehr als zwölf Prozent. Verantwortlich dafür ist vor allem der steigende Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft. Im Jahr 2015 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten in den Krankenhäusern 51,5 Prozent. Bis zum Jahr 2030 erwarten die Experten von Deloitte einen Anstieg auf 60,8 Prozent. Zudem waren im Vorjahr insgesamt 42.604 ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland gemeldet. In den Krankenhäusern stieg der Anteil der Ärzte aus dem Ausland um 9,2 Prozent (2014: 11,6 Prozent). Der Anteil der Ausländer an den Erstmeldungen bei den Ärztekammern betrug im vergangenen Jahr 31,1 Prozent. Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Rumänien (4.062), Griechenland (3.017) und Österreich (2.573), gefolgt von Syrien (2.149).

Die vollständige Statistik finden Sie unter: www.bundesaeztekammer.de

Die vollständige Statistik finden Sie unter: www.bundesaeztekammer.de

Jahr übernommen werden. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, zeigte sich im Hinblick auf die Statistik erfreut, dass das für die Patienten kostenfreie, außergerichtliche Schlichtungsverfahren weiterhin gut angenommen werde.

Behandlungsfehlervorwürfe, die in die Zuständigkeit der Ärztekammer Berlin fallen, können über ein für die Patienten kostenfreies außergerichtliches Schlichtungsverfahren abgeklärt werden. Durchgeführt wird es von der gemein-

samen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover. Diese Einrichtung wird von den Ärztekammern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen gemeinsam getragen.

Weitere Informationen zur kürzlich vorgestellten Behandlungsfehlerstatistik lesen Sie auf unserer Internetseite unter: www.aerztekammer-berlin.de → Presse → Presseerklärungen.

Kongress Armut und Gesundheit

Fachforum der Ärztekammer Berlin

Die Ärztekammer Berlin war auch in diesem Jahr auf dem bedeutendsten Public Health-Kongress der Bundesrepublik: „Armut und Gesundheit 2016“ mit einem Fachforum vertreten. Der Präventionsbeauftragte der Ärztekammer Berlin und Vorstandsmitglied PD Dr. Uwe Torsten moderierte und referierte am 17. März 2016 zum Thema: „Wie dynamisch und belastbar reagiert Deutschland auf Asylsuchende“. Als Ko-Referenten waren anwesend Dr. Christian Zechel, stellvertretender Direktor des Bundeswehrkrankenhauses Berlin und Prof. Dr. Rutsch, derzeit tätig in der Ambulanz der Berliner Stadtmission. Die Referenten sprachen stellvertretend für die seit Anbeginn der Flüchtlingskrise zahlreichen ehrenamt-



Foto: André Wagenzik

lich engagierten Ärztinnen und Ärzte und legten die Arbeitsweise und Organisationsstruktur der Ärztekammer Berlin am Beispiel ihrer persönlichen Erfahrungen

dar. So wurde beispielsweise aufgezeigt, an welchen Stellen sich Mitglieder der Berliner Ärzteschaft sowie Vorstand und Kammerpräsident von Anfang an aktiv

in die tagespolitischen Geschehnisse eingeschaltet haben. Ein besonderer Fokus wurde dabei auch auf die sich stabilisierende strukturelle Vernetzung mit etablierten Foren und den Senatsstellen gelegt.

Das Fachforum stieß auf ein großes Echo bei den engagierten Kongress-Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die aus den wichtigsten sozialen und politischen Gesundheitsnetzwerken Berlins und der Bundesrepublik Deutschland kommen.

Die Veranstaltung wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung 2 – Fortbildung/Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin vorbereitet und besonders angetan waren die Referenten von der Tatsache, dass der Ärztekammer Berlin für das Forum einer der größten Hörsäle zur Verfügung gestellt wurde, wofür sie sich an dieser Stelle nochmals recht herzlich bei den Veranstalter/innen bedanken möchten.

Vergütung

Fallpauschalen: System muss grundlegend überdacht werden

Bereits vor 15 Jahren hat die Ärztekammer Berlin vor der Einführung des Fallpauschalensystems (DRGs) in Deutschland gewarnt. „Die damals in einer Resolution vorher gesagten negativen Folgen für die Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern sind leider alle eingetreten“, erklärt kürzlich der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, in einer Mitteilung an die Presse. „Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und der ärztlichen Eingriffe.“

So hieß es damals in der Erklärung: „Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin erwartet mit der Einführung von DRGs eine deutliche Verschlechterung der Patientenversorgung durch einen Verlust an Qualität und Humanität. Eine Industrialisierung der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern ist absehbar. Das Festhalten an dem derzeitigen Einführungsverfahren führt zum Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung, volkswirtschaftliche Ergebnisse und verfassungsrechtliche Gebote. Stattdessen führt es zu Anreizen für wohldefinierte, aber fraglich indizierte Maßnahmen und damit zu schlechterer Medizin bei insgesamt höheren Kosten.“

„Dies alles ist in Deutschland flächendeckend eingetroffen“, erklärt Jonitz jetzt. „Wären DRGs ein Medikament, müssten sie sofort vom Markt genommen werden. Alle Nebenwirkungen sind eingetreten, fast alle Wirkungen ausgeblieben.“

Aus Sicht des Präsidenten der Ärztekammer Berlin ist es deshalb an der Zeit, das bestehende System grundlegend zu überdenken: „DRGs sollten künftig vor allem als Grundlage für Budgetverhandlungen und nicht zur 100-prozentigen Budgetberechnung genutzt werden. Auch der Missbrauch von DRGs zum Abbau vermeintlich unwirtschaftlicher Krankenhäuser muss beendet werden. Sinnvoll wäre es, regionale Gesundheitsbudgets analog zum Innovationsfonds einzuführen. Diese sollten gemäß landestypischer Gesundheitsziele via § 90a-Gremium in gemeinsamer Verantwortung und transparent eingesetzt werden.“

Darüber hinaus sollten in Bundesländern mit niedriger Krankenhausbettenzahl die Basisfallwerte angehoben werden. „Der Abbau der stationären Versorgung in Deutschland ohne Rücksicht auf medizinische Kriterien, Qualität und Humanität der Patientenversorgung ist der falsche Weg. Wir müssen stattdessen hin zu einem werteorientierten System, das den Nutzen für den Patienten in den Vordergrund stellt.“

IM BEWERTUNGSDSCHUNDEL

<https://www.weissenoscript/https://www.che/netdokter.phpphlichkeitsrecht/faq/>
<http://www.jamedbnTHktAsj1mAr4z9zedfuehrer.dehttp://v>
<http://www.arztlotsehttps://ww>
<http://www.nauswahl-noscriptcom/arztsuche/netd>

[## ARZTBEWERTUNGSPORTALE](https://www.amedo.dehttp://www.jameda.de/?gclid=Cj0KEQjwipi4BRD7t6zGl6m75lgBEiQAn7CfF6bnTHktAsj1mAr4z9zMLR_bqBa0Ssro5UdgoL1w0M4aAjlC8P8HAQhttp://www.medfuehrer.dehttp://www.topmedic.dehttps://www.yourfirstmedicus.devdek-arztlotsehttps://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztbewertung/krankenkassenauswahl-noscript/https://www.doxter.dehttp://www.die-arztempfehlung.com/arztsuche/netdokter.phphttp://www.docinsider.de/#/https://ggr-law.com/persoenlichkeitsrecht/faq/esando-bewertungen-fuer-aerzte/https://www.amedo.dehttp://www.jameda.de/?gclid=Cj0KEQjwipi4BRD7t6zGl6m75lgBEiQAn7CfF6bnTHktAsj1mAr4z9zMLR_bqBa0Ssro5UdgoL1w0M4aAjlC8P8HAQhttp://www.medfuehrer.dehttp://www.topmedic.dehttps://www.yourfirstmedicus.devdek-arztlotsehttps://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztbewertung/krankenkassenauswahl-noscript/https://www.doxter.dehttp://www.die-arztempfehlung.com/arztsuche/netdokter.phphttp://www.docinsider.de/#/https://ggr-law.com/persoenlichkeitsrecht/faq/esando-bewertungen-fuer-aerzte/https://www.amedo.dehttp://www.jameda.de/?gclid=Cj0KEQjwipi4BRD7t6zGl6m75lgBEiQAn7CfF6bnTHktAsj1mAr4z9zMLR_bqBa0Ssro5UdgoL1w0M4aAjlC8P8HAQhttp://www.medfuehrer.dehttp://www.topmedic.dehttps://www.yourfirstmedicus.devdek-arztlotsehttps://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztbewertung/krankenkassenauswahl-noscript/https://www.doxter.dehttp://www.die-arztempfehlung.com/arztsuche/netdokter.phphttp://www.docinsider.de/#/https://ggr-law.com/persoenlichkeitsrecht/faq/esando-bewertungen-fuer-aerzte/https://www.amedo.dehttp://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztbewertung/krankenkassenauswahl-noscript/https://www.doxter.dehttp://www.die-arztempfehlung.com/arztsuche/arztsuche/net</p></div><div data-bbox=)

Nicht nur Hotels, Restaurants, Universitäten und Ebay-Verkäufer müssen sich heutzutage bewerten lassen. Auch für Ärzte gibt es inzwischen über ein Dutzend Portale, in denen Patienten Lob und Kritik oder schlechte Laune und Missmut über die nicht schnell genug erfolgte Heilung loswerden können. Soll man sich über schlechte Bewertungen nun ärgern oder sie gar nicht erst beachten? Und was kann man gegen sie tun?

Von Julia Frisch

„Grandios!!!! Ein ganz toller Arzt!! Es gibt keinen besseren!!!!“ Klarer Fall: Der Hausarzt aus dem Berliner Nordwesten bekommt die Note 1,0 – besser geht’s nicht. 30 Bewertungen wurden auf dem Portal Jameda schon über den Kollegen abgegeben, der jüngste Eintrag stammt von Anfang März. Insgesamt kommt der Arzt auf eine Note von 1,8, eine 1- sozusagen. Die 1 mit Sternchen verhageln ein paar wenige negative Bewertungen. Kritisiert werden angeblich lange Wartezeiten, unfreundliche Praxismitarbeiter und schlechte Praxisorganisation. Vor drei Jahren gab es von einem Nutzer sogar die Note 6. Begründung: „Ich habe mit dieser Praxis wirklich nur schlechte Erfahrungen machen dürfen.“

Dreimal die Note 6 in der Kategorie Behandlung, Aufklärung und Vertrauensverhältnis und damit insgesamt die Note 4,8 bekam 2013 ein Berliner Zahnarzt von einem Jameda-Nutzer. Eine Begründung für die schlechten Noten lieferte der angebliche Patient allerdings nicht.

Dem Zahnarzt reichte es: Er verlangte von dem Arztbewertungsportal Jameda Beweise dafür, dass der Nutzer überhaupt bei ihm in Behandlung gewesen war. Das stellte der Kollege nämlich „aufgrund bestimmter Umstände“ in Abrede, berichtet sein Anwalt Dominik Höch von der Kanzlei Höch und Kadelbach. Durch drei Instanzen ging der Rechtsstreit mit dem Arztbewertungsportal. Der Bundesgerichtshof (BGH) gab dem



Foto: Till Brömer

Dominik Höch

Berliner Zahnarzt nun Anfang März im Grunde Recht. Höch erklärt das BGH-Urteil so: „Bestreitet der Arzt, dass der Bewerter bei ihm in Behandlung war, muss das Portal zwei Dinge tun: Es muss von dem Bewertenden eine Schilderung verlangen, wie der Behandlungskontakt abgelaufen ist, und es muss von ihm einen Nachweis verlangen, dass er in Behandlung war.“ Dafür könnten Rezepte, Bonushefte oder andere Indizien stichhaltige Unterlagen sein, so der Bundesgerichtshof. Diese Beweise muss das Portal dann dem Arzt – natürlich anonymisiert – vorlegen.

In den Augen von Dominik Höch hat das jüngste BGH-Urteil für Ärzte deswegen besondere Relevanz, weil sie sich auf seiner Grundlage nun leichter gegen schlechte Bewertungen wehren können. Bisher konnten Mediziner nämlich nur bei klaren Beleidigungen, herabsetzender Schmähkritik oder falschen Tatsachenbehauptungen die Löschung der Bewertung verlangen. Alle anderen Äußerungen, in denen Portalnutzer ihren Eindruck über die Behandlung, den Arzt, die Praxis oder das Team wiedergeben, gelten dagegen als Meinungsäußerungen, welche die Portale nicht ohne weiteres entfernen müssen.



Bundesgerichtshof

Foto: Nikolay Kazakov/Wiki Commons

„Das BGH-Urteil bietet jetzt größeren Spielraum, auch gegen solche Meinungsäußerungen vorzugehen. Meines Erachtens ist der Bewertende in der Pflicht, Belege einer Behandlung zu liefern, wenn der Arzt nur bestreitet, ihn behandelt zu haben“, sagt Dominik Höch. Er hat schon gehört, dass manche Ärzte nach dem Urteil bereits aktiv geworden sind und Jameda umfassend um Beweise gebeten haben, dass die meisten der sie betreffenden Bewertungen von ihren Patienten stammen.

„Das Urteil ist eine erste Erleichterung für Ärzte“, sagt Martina Jaklin, Leiterin der Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin. Den großen Durchbruch beim Kampf gegen ungerechtfertigte schlechte Bewertungen will sie aber lieber noch nicht ausrufen. Es bleibe abzuwarten, wie die Anforderungen des Bundesgerichtshofs in der Praxis umgesetzt werden. Nun müssten erst einmal wieder Gerichte in den unteren Instanzen entscheiden, welche Belege die Portale den Bewertern abverlangen müssen. Und was geschieht, wenn solche von den Nutzern nicht beigebracht werden können, weil sie etwa kein Rezept, keinen Überweisungsschein oder keine Terminbestätigung von der Praxis bekommen haben oder auch kein Bonusheft besitzen? Zudem, so Jaklin, müssten die Gerichte darauf achten, dass weiterhin die Meinungsfreiheit und die Anonymität der Arztbewerter gewahrt bleiben.

Immer wieder gehen bei der Ärztekammer Berlin Beschwerden von Ärzten über Arztbewertungsportale ein. Meist ärgern sie sich über negative Bewertungen, die sie nicht nachvollziehen können oder ungerecht finden und denen sie sich machtlos ausgeliefert fühlen. Denn wie soll man auf die Kritik reagieren, wenn diese anonym abgegeben wird und wenn man daher gar nicht weiß, wer sich da über welche Behandlung beschwert? Die Frage, die Martina Jaklin dann beantworten soll: „Was kann ich gegen die Bewertung machen?“

„Der erste Schritt, bevor man einen Anwalt einschaltet, ist, dass man sich an das jeweilige Portal wendet“, so die Kam-



Foto: K. Friedrich

Martina Jaklin

merjuristin. Das muss daraufhin die Bewertung prüfen und den Nutzer um einen Beleg für seine Aussage bitten. Meldet sich dieser daraufhin nicht, wird die Bewertung im Arztportal gelöscht. In der Praxis ist dieses Vorgehen durchaus erfolgreich. Denn in den meisten Fällen, so berichten Anwälte, reagieren die einstigen Kritiker nicht.

Heikler Freitext

Bei der Weissen Liste, einem Bewertungsportal, auf dem bisher nur Versicherte der Barmer GEK, AOK, Techniker

Krankenkasse und Bertelsmann Betriebskrankenkasse Empfehlungen abgeben können, wurden in der Vergangenheit nach Auskunft eines Sprechers noch keine Bewertungen gelöscht. Das liegt zum einen daran, dass Nutzer sich – wie bei anderen Portalen üblich – nicht nur mit einer E-Mail-Adresse anmelden können, sondern sich mit ihrer Versicherungsnummer registrieren müssen. Das biete schon einen Schutz davor, dass etwa Konkurrenten, Arzthelferinnen, Familienangehörige oder bezahlte Agenturen zu positive oder zu negative Bewertungen abgeben.

Zum anderen waren freie Kommentare zu den gelisteten Ärzten bis vor kurzem noch nicht möglich. Die Nutzer der Weissen Liste konnten bis Anfang März nur einen Katalog von über 30 Fragen zu den Bereichen Praxis und Personal, Arztkommunikation, Behandlung und Gesamteindruck beantworten. Aus dem Anteil der zustimmenden Antworten wurde (und wird immer noch) errechnet, ob der Arzt oder die Ärztin zu 100 Prozent oder vielleicht nur zu 89 Prozent weiterempfohlen wird. Weil ohne eine Freitext-Kommentierung Schmähkritiken oder Beleidigungen nicht möglich waren, ermöglichte es die Weisse Liste bisher den Ärzten nur, entweder schlechte Empfehlungen zu kommentieren oder

Foto: Weisse Liste

Arztbewertungsportale

Seit gut zehn Jahren sind im Internet viele Arztbewertungsportale entstanden. Hier eine – nicht vollständige – Auswahl:

Weisse Liste: Ein Projekt der Bertelsmannstiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherverbände. Bewertungen können derzeit nur Versicherte der Barmer GEK, der AOK, der Techniker Krankenkasse und der Bertelsmann Betriebskrankenkasse abgeben.

Doxter: Plattform für Online-Terminbuchungen, auf der Ärzte auch bewertet werden können; aus einem Gründungsprojekt des Telemedizincentrums der Charité hervorgegangen.

Arzt-Auskunft.de: Arztsuche der Stiftung Gesundheit.

Die-Arztempfehlung.com: Ein Angebot der DEV AG aus Scherzingen, einem Unternehmen für Qualitätsmanagement und Medizinmarketing.

DocInsider: Die GmbH wird durch einen Beirat unterstützt, bestehend unter anderem aus Vertretern von Ärzten, Universitäten, einem ehemaligen Krankenkassen-Vorstand und Bundestagsabgeordneten, kooperiert nach eigenen Angaben für Bewertungsmethodik und Patientenforschung mit wissenschaftlichen Partnern.

Esando: Ein Projekt des Softwareunternehmens Comventure GmbH aus Ludwigshafen.

Imedo: Arztsuchportal, auf dem auch Online-Terminbuchungen angeboten und Ärzte von Nutzern weiterempfohlen werden können. Imedo sitzt in Nürnberg und gehört zur united vertical media GmbH.

Jameda: 100-prozentige Tochter der Burda Digital GmbH.

Med.de: Portal der Forumhome GmbH & Co. KG aus Bad Dürkheim, die verschiedenste Foren betreibt (u.a. ein Latinoportal, Amerikaforum und ein Videospieleforum).

Medführer: Wird vom Deutschen Verlag für Gesundheitsinformation angeboten und von einem Beirat aus dem medizinischen Bereich unterstützt.

Sanego: Neben der Arztsuche und -bewertung bietet das Unternehmen aus Dreieich auch Bewertungen zu Medikamenten an.

Topmedic: Dieses Portal ist ein Angebot der ArztDataAG, ein Unternehmen, das Adressbestände von Ärzten, Kliniken, Apothekern und sonstigen Healthcare-Einrichtungen für Marketing, Analysen und Service-Center handelt.

vdek-arztlotse: Arztsuche und -bewertung des Verbandes der Ersatzkrankenkassen.

yourfirstmedicus.de: Das Portal gehört zur First Media Holding GmbH & Co. KG aus Karlsruhe.

die Ergebnisse komplett sperren zu lassen und die Bewertungsfunktion im Profil auszuschalten.

An dieser Politik will die Weisse Liste erst einmal festhalten. Seit gut zwei Monaten haben die Versicherten zwar die Möglichkeit, Ärzte auch im Freitext zu bewerten und ihre Eindrücke zu schildern. Nach positiven Erfahrungen während einer Testphase in Hessen erwartet das Bewertungsportal aber, dass seine Nutzer die bisherige Etikette weiter einhalten werden.

Schwierige Kriterien

Weisse Liste und Jameda sind zwei von über einem Dutzend Arztbewertungsportalen, die es inzwischen in Deutschland gibt (siehe Kasten). Die beiden gehören mit zu den bekanntesten Plattformen. Mit fünf Millionen Nutzern pro Monat ist Jameda nach eigenen Angaben das größte Portal – und deshalb wohl auch dasjenige, das immer wieder im Fokus der Kritik steht. Argwöhnisch werden von den Kammern beispielsweise die Silber-, Gold- und Platinmitgliedschaften betrachtet, die Ärzte ab 55 Euro pro Monat erwerben können. Hartnäckig halten sich Gerüchte, dass bei Medizinern, die eine solche Mitgliedschaft abgeschlossen haben, schlechte Bewertungen schneller gelöscht werden als bei Kollegen ohne Silber-, Gold- oder Platinsiegel (siehe Kasten: 4 Fragen an Günther Jonitz). Indizien dafür gebe es, so Christiane Köber von der Wettbewerbszentrale. „Beweise haben wir aber nicht.“

Die wird es nach Ansicht von Jameda auch nicht geben. Die Vorwürfe seien aus dem Nichts gegriffen. „Was die Veröffentlichung und Prüfung von Bewertungen angeht, werden bei uns alle Ärzte – unabhängig vom Kundenstatus – gleich behandelt! Ein kostenpflichtiges Profil hat keinerlei Auswirkungen auf die Bewertungen oder das Ärzte-Ranking“, betont Sprecherin Kathrin Kirchler.



Foto: K. Friedrich

Dr. Günther Jonitz

Ist das Portal mit den meisten Nutzern automatisch auch das beste? Wie verlässlich und aussagekräftig sind eigentlich die Informationen, die Patienten über die gelisteten Ärzte anhand von Kriterien bekommen, die für alle Fachgruppen gleich sind und die ohne Rücksicht auf die Unterschiede gleich bewertet werden? Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat 2010 und 2011 Qualitätskriterien für „gute Arztbewertungsportale“ erarbeitet und jeweils geprüft, in welchem Umfang zehn ausgewählte Plattformen diese damals erfüllten. Das Ergebnis: Keines der Portale genügte den ÄZQ-Anforderungen zu 100 Prozent.

Schwachpunkte waren damals vor allem der Schutz vor Manipulationen bei den Bewertungen, vor Schmähkritik und Beleidigungen. Manche Portale griffen die ÄZQ-Kriterien zwar auf und nutzten sie für Verbesserungen auf ihren Internet-Seiten. Doch auch heute, fünf Jahre nach dem letzten „Clearing“, habe jedes Portal seine Schwachstellen, da ist sich das ÄZQ sicher. „Das betrifft z. B. die Mindestanzahl an Bewertungen, die Kontrolle von Freitexten oder die Offenlegung von Schutzmaßnahmen gegen Manipulation und Missbrauch“, zählt Sabine Schwarz vom ÄZQ die negativen Punkte auf. Zudem würden die meisten Portale Ärzte nicht über eingegangene Bewertungen informieren. Oft hätten Mediziner auch nicht die Möglichkeit, sich aus dem Verzeichnis streichen zu lassen.

4 Fragen an den Präsidenten der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, zum Umgang mit Arztbewertungsportalen

BERLINER ÄRZTE: *Stellt das aktuelle BGH-Urteil zu Jameda einen grundlegenden Wandel für die Arbeit der Arztbewertungsportale dar?*

Jonitz: Nein, soweit würde ich nicht gehen. Kritisch sind vor allem die bezahlten Silber-, Gold- und Platinmitgliedschaften zu bewerten. Wenn Sie bei Jameda einen schlecht bewerteten Arzt aufrufen, dann werden unter diesem Ärztinnen und Ärzte in Ihrer Umgebung angezeigt, die über eine solche bezahlte Mitgliedschaft verfügen. Dass es sich um Ärzte mit bezahlten Mitgliedschaften handelt, sehen sie erst, wenn Sie die jeweiligen Profile anklicken. Der Begriff „Anzeige“ taucht nur unauffällig in hellgrau oberhalb aller vorgeschlagenen Alternativen auf. Das Landgericht München hatte Jameda im März 2015 dazu verurteilt, es zu unterlassen, Ärzte, die von kostenpflichtigen Zusatzoptionen Gebrauch machen, an erster Stelle der Suchergebnisse zu platzieren, ohne diese Platzierung deutlich als Anzeige zu kennzeichnen (Urteil vom 18.3.2015; Az.: 37 O 19579/14). Eigentlich müsste es nach unserer Auffassung daher direkt über dem Laufband im Plural „Anzeigen“ heißen und der Begriff müsste nach unserer Auffassung deutlicher, d.h. nicht nur in hellgrau, hervorgehoben werden.

Es gibt zudem immer wieder Gerüchte, wonach schlecht bewertete Ärztinnen und Ärzte, die ihre Bewertung bei Jameda monieren, eine bezahlte Mitgliedschaft angeboten bekommen und dass damit verbunden die unkomplizierte Löschung schlechter Bewertungen zugesagt wird. Wir haben auch noch keine mit 4 oder schlechter bewerteten Goldmitglieder gefunden. Die Zentrale zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs wird sich demnächst mit diesem Geschäftsmodell von Jameda beschäftigen.

BÄ: *Glauben Sie, dass Ärzte negativen Bewertungen ausgeliefert sind?*

Jonitz: Ja, anonyme Behauptungen im Internet sind immer problematisch, wenn der Betroffene keine Möglichkeiten hat, unwahren Behauptungen effektiv entgegenzutreten. Auch der Patient kann sich im Übrigen nicht sicher sein, ob es sich um eine zutreffende oder um eine unzutreffende Behauptung über die Arztpraxis handelt. Der BGH hat die Position der Ärztinnen und Ärzte gestärkt.

BÄ: *Was sollten Ärzte machen, wenn negative Bewertungen über sie veröffentlicht werden?*

Jonitz: Sofern der Eintrag unzutreffend ist, sollten sie sich über den Eintrag beschweren und die Betreiber auffordern, die Richtigkeit des Eintrags zu überprüfen und hierzu genaue Informationen und Belege vorzulegen.

BÄ: *Sollte die Gesetzgebung geändert werden?*

Jonitz: Wenn Betreiber solcher Portale aus anonymen schlechten Bewertungen Kapital schlagen können und sich darauf ganze Geschäftsmodelle aufbauen lassen, ist das nicht nur ein problematischer Anreiz, der zum Missbrauch einlädt. Es verleiht solchen Betreibern auch eine kaum zu rechtfertigende Marktsteuerungsmöglichkeit. So etwas sollte, insbesondere im Gesundheitswesen, weitgehend unterbunden werden.



Foto: Ingo Drumm

Sabine Schwarz

„Eine Empfehlung für oder gegen ein Arztbewertungsportal spricht das ÄZQ daher nicht aus“, sagt Sabine Schwarz. Das liege auch daran, dass die Internetseiten sich ständig ändern: Sie werden überarbeitet und Informationen werden ergänzt. Dazu kämen neue Gerichtsurteile, die manchmal weitere Änderungen auf den Webseiten nach sich zögen. „Der Anforderungskatalog und das Prüfverfahren können Patienten und Ärzten aber eine Orientierung bieten. Patienten können leichter Angebote identifizieren, die sich bemühen, verlässliche Informationen zu Arztbesuchen anzubieten. Ärzte können erkennen, welche Portale sich um eine faire Kommunikation mit ihnen bemühen und Spielregeln für ein faires Miteinander einhalten“, so Schwarz.

Bieten die Noten oder Empfehlungen überhaupt verlässliche, sinnvolle Informationen? Eine Voraussetzung wäre für das ÄZQ, dass Ergebnisse zu einem Arzt oder einer Ärztin erst dann freigeschaltet und veröffentlicht werden, wenn eine „angemessene Mindestzahl“ an Bewertungen abgegeben wurde und sichergestellt ist, dass diese nicht aus der Feder von Konkurrenten, verfeindeten Nachbarn oder kritiklosen Ehepartnern und Angestellten stammen. Die Weisse Liste etwa veröffentlicht Bewertungen erst, wenn fünf vorhanden sind. Jameda dagegen stellt auch nur eine Meinungsäußerung ins Netz.

Kriterien für gute Arztbewertungsportale

Was zeichnet ein gutes Arztbewertungsportal aus, damit es verlässliche Informationen für Patienten liefern kann? Mit dieser Frage hat sich das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) befasst. Zuletzt legte es 2011 einen Anforderungskatalog vor, der zusammen mit Experten erarbeitet wurde und insgesamt 42 Qualitätskriterien enthält.

Gedacht ist dieser Katalog zum einen für die Nutzer der Portale: Sie sollen anhand der Kriterien die Qualität der Portale prüfen können. Ein Portal, das Bewertungen etwa daraufhin überprüft, ob es sich um Beleidigungen handelt oder um Wunschbewertungen von Familienangehörigen oder beauftragten Agenturen oder gar Negativbewertungen durch Konkurrenten, bietet natürlich verlässlichere Informationen als eine Bewertungsplattform, die solche Dinge nicht oder nur unregelmäßig prüft. Zum anderen sollen die Kriterien Entwicklern und Bereitstellern von Arztbewertungsportalen eine Grundlage dafür bieten, ihre Angebote zu verbessern und zu optimieren.

Das gute Arztbewertungsportal, so das ÄZQ,

- erfüllt Anforderungen gemäß dem Telemediengesetz (vor allem hinsichtlich der Datensicherheit)

- enthält ein Impressum, das Aufschluss über die Identität des Betreibers gibt, eine E-Mail-Adresse ist angegeben
- verzeichnet das Datum der letzten Aktualisierung der enthaltenen Arzt-einträge
- beinhaltet eine Datenschutzerklärung, die den Umgang mit personenbezogenen Nutzerdaten und die Voraussetzungen für deren Löschung und Weitergabe darlegt
- legt die Finanzierung offen (z.B. Unterstützer, Sponsoren, Gesellschafter, Einnahmen über Werbung)
- trennt Werbung und Inhalt
- verfügt über eine personenbezogene Arztsuche
- hat ein verständliches Bewertungsverfahren
- weist darauf hin, dass Bewertungen allenfalls Einschätzungen zu einzelnen Aspekten der Versorgung und Betreuung durch Arzt beziehungsweise Praxispersonal geben können
- stellt sicher, dass Einträge in Freitextfeldern redaktionell zu festgelegten Zeiten geprüft werden
- räumt betroffenen Ärzten die Möglichkeit zu Gegendarstellung und/oder Widerspruch ein
- bietet Schutz gegen Täuschungsmanöver und Schmähkritik (z.B. müssen sich Nutzer registrieren?).

(Quelle: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin – ÄZQ; www.aezq.de/aezq/arztbewertungsportale)

Stark verzerrt seien oft die Informationen in den Portalen, kritisiert der NAV-Chowbund. Häufig seien nur wenige Bewertungen pro Praxis zu finden. Zudem seien unzufriedene Patienten eher bereit, Bewertungen zu schreiben als zufriedene Praxisbesucher.

Besser als gedacht

Das stimmt nach Ansicht von Professor Martin Emmert nicht. In den Portalen tummelten sich entgegen weitläufiger Meinung weniger „Motzkis“ als allgemein angenommen. „Bei einer Million



Foto: Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Martin Emmert

Bewertungen auf Jameda fallen zehn Prozent auf die Note 5 oder 6, 75 Prozent dagegen sind mit der Note 1 versehen“, sagt der Juniorprofessor für Versorgungsmanagement an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.

„Anfangs, als es mit den Portalen begann, gab es die Vermutung, dass dort nur die unzufriedenen Patienten ihre Bewertungen abgeben werden. Jetzt zeigt sich aber, dass die Bewertungen überwiegend gut sind“, so Emmert. Wer unter den Guten allerdings nur die Note 2 bekomme, sei unter Umständen erst auf der zweiten oder dritten Seite zu finden, „das empfinden einige dann offenbar schon als schlecht.“ Nur Einser im Zeugnis, davon ist Emmert überzeugt, können freilich auch kontraproduktiv sein. Das wecke bei Patienten doch eher den Verdacht, dass es sich bei der Bewertung um eine Gefälligkeit handelt. „Es ist doch unwahrscheinlich, dass ein Arzt überall super ist“, so Emmert.

Trotz aller Mängel, die die Bewertungsportale noch haben, rät er Ärzten, sich auf zwei oder drei Plattformen die Bewertungen über die eigene Praxis anzusehen, sofern vorhanden. Denn nach

einer Studie, die vergangenes Jahr von der Erlanger Uni veröffentlicht wurde, spiegeln die Angaben auf den Portalen die Zufriedenheit der realen Praxispatienten wider. Für die Untersuchung wurden in 100 Praxen im Raum Nürnberg Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit Arzt und Team interviewt und die Ergebnisse mit den Bewertungen auf Jameda und Weisse Liste verglichen. „Es zeigte sich, dass da ein starker Zusammenhang besteht“, so Emmert.

Weiter hat er festgestellt, dass Bewertungen im Internet dann positiv ausfallen, wenn die Patienten das Gefühl haben, dass sich ihr Arzt ausreichend Zeit für sie nimmt, mit ihnen ausführlich und vor allem verständlich spricht, ihnen mögliche Alternativen erklärt, kurz gesagt: sich um sie kümmert, auch wenn das Wartezimmer voll ist.

Der Grund dafür ist so simpel, wie einfach: Kein Nutzer, der auf einem Portal eine Bewertung schreibt, ist in der Lage, die fachlichen Fähigkeiten eines Arztes wirklich zu bewerten. „Die Patienten können nur bewerten, wie der Arzt oder die Praxis ist, sie können dagegen nicht beurteilen, ob er richtig behandelt und sich zum Beispiel nach den Leitlinien richtet“, so Martin Emmert. Da kann es natürlich passieren, dass eine Praxis mit hübschem Blumenschmuck, nettem Design oder einer Getränkebar im Wartezimmer einen besseren Eindruck macht und bessere Noten erhält als eine Praxis, deren Möbel schon einige Jahre auf dem Buckel haben, in der dafür aber ein hervorragendes Fort- und Weiterbildungsmanagement betrieben wird.

Zuhören und Zeitnehmen rät in einem Merkblatt zu Arztbewertungsportalen auch der NAV Virchow Bund Kollegen, um zufriedene Patienten zu bekommen. Ebenso sollte Kritik nicht einfach beiseite gewischt, sondern zum Anlass genommen werden, den Gründen dafür nachzugehen. Dinge, die Patienten stören, ließen sich ja oft ändern. Werde zum Beispiel kritisiert, dass die Praxis einen renovierungsbedürftigen Eindruck mache,

könnten die Räume gestrichen und dies dann auf der Plattform auch bekannt gemacht werden.

Nicht für jeden etwas

Insgesamt für wenig hilfreich hält Kinderarzt Jakob Maske die Bewertungsplattformen. „Ich selbst habe mir noch nie mein Bewertungsprofil angeschaut, und das rate ich auch allen meinen Kollegen. Meist nützt es nichts, sich über die negativen Kommentare zu ärgern, was man aber trotzdem tut. Man lebt also wesentlich entspannter, wenn man darauf verzichten kann, sich sein vielleicht negatives Profil anzuschauen.“

Negative Kommentare seien „aus der Erfahrung der Kollegen recht einfach mit den jeweiligen Portalen zu regeln, auch wenn man sich nicht in eine der Silber- oder Goldkategorien eingekauft hat“, so Maske. Um neue, vor allem junge Patienten zu gewinnen, seien solche Portale heutzutage sicher hilfreich. „Aber mal ganz ehrlich: Im Moment sind wir in einer Situation, in der eigentlich jeder mehr als genug Arbeit hat, die meistens nicht vollumfänglich honoriert wird. Da freut man sich doch schon fast, wenn mal nicht so viele Neuzugänge kommen.“

Verfasserin: Julia Frisch
Freie Journalistin

Aufruf

Die Ärztekammer Berlin bittet Ärztinnen und Ärzte, sich bei ihr zu melden, wenn ihnen von Arztbewertungsportalen eine kostenpflichtige Mitgliedschaft angeboten und im Gegenzug eine leichtere, unkompliziertere Löschung von schlechten Bewertungen zugesagt wird. Hintergrund ist, dass nur mit aussagekräftigem Beweismaterial gerichtlich gegen solche Praktiken vorgegangen werden kann.

Meldungen können per E-Mail: berufsrecht@aekb.de an die Abteilung Berufs- und Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin gerichtet werden.

KTQ in China: Den Blick über den Tellerrand gewagt

„Es ist nicht wichtig, wie hoch ein Berg ist, sondern dass ein Geist darin wohnt. Es ist nicht wichtig, wie tief ein Fluss ist, sondern dass ein Drache darin schwimmt.“ Das war der Inhalt einer alten Kalligraphie, welche die Visitoren von KTQ-International in ihrem Arbeitszimmer im Krankenhaus Foshan in der Südprovinz Guangdong der Volksrepublik China vorfanden und sich übersetzen ließen. Das Unverständnis stand allen Dreien zunächst ins Gesicht geschrieben.

Von Uwe Torsten

In der Bundesrepublik liegt derzeit der Fokus auf der Zertifizierung von Organzentren mit Nachweis entsprechender Leistungszahlen und Qualitätssicherung in diesem Bereich. Was im Hintergrund oszilliert, wird weniger bedacht, gerät allerdings durch das neue Krankenhausstrukturgesetz auch hier wieder stärker in den Vordergrund: Themen wie Sauberkeit und Hygiene, Selbstreflexion der Beteiligten, besondere Therapieangebote, Patientensicherheit oder Kommunikation in Krisensituationen, um nur einige zu nennen. Von chinesischen Krankenhäusern wurde ein Verfahren gesucht, das gerade diesen Hintergrund abzeichnet und die Mitarbeiter dafür sensibilisiert. Man wählte schließlich von diversen Auditierungssystemen gezielt das bundesdeutsche KTQ-Verfahren aus.

Ein kurzer Exkurs: Die KTQ GmbH besteht seit mehr als 15 Jahren. Sie wurde von Institutionen der gesundheitlichen Selbstverwaltung in der Anfangsphase mit staatlicher Unterstützung gegründet, um eine Patienten- und praxisorientierte Lösung für das Qualitätsmanagement inklusive Zertifizierung für deutsche medizinische Einrichtungen bundesweit umzusetzen. Die starke internationale Nachfrage für ein Qualitätsmanagementsystem nach deutschen Standards im Bereich Gesundheitswesen führte wiederum zur Gründung der KTQ International GmbH im Jahr 2013.

Ein mehrsprachiges, internationales Team betreut Interessenten und Kunden weltweit. Ziel ist es, das erfolgreiche deutsche KTQ-Modell international umzusetzen

und dabei die Vorzüge gegenüber anderen internationalen Zertifizierungsverfahren zum Vorteil des Patienten und damit ihrer medizinischen Einrichtung effektiv zu nutzen. Daher machten sich im September 2015 ein pflegerischer, ein ökonomischer und ein ärztlicher Visitor gemeinsam mit der Geschäftsführerin von KTQ-International auf die Reise in den Süden Chinas. Vor Ort trafen wir auf drei hochqualifizierte Dolmetscher im Alter von nur 21 bis 23 Jahren, die in der Lage waren, simultan auch komplizierte medizinische Situationen zu übersetzen.

1,1 Millionen Patienten pro Jahr

Als eine von 30 Top Frauen/Kinderkliniken im Land und einer Frauen/Kinderklinik der Spitzenklasse in der Guangdong-Provinz hat das visitierte Krankenhaus eine starke Position in Bildung und Forschung: In den vergangenen drei Jahren hat das Krankenhaus mehr als 100 Forschungsprojekte geleitet, drei staatliche Patente erhalten, etwa zehn technische Forschungspreise gewonnen, 200 Fachartikel veröffentlicht sowie acht Fortbildungsprojekte auf staatlicher und 19 auf provinzieller Ebene initiiert. Besonders überrascht, wenn nicht sogar irritiert waren wir von der Anzahl der ambulant versorgten Patienten. Sie beläuft sich auf 1,1 Millionen pro Jahr. Das klärte sich schnell bei der Vorortbegehung, denn in der Tat wird diese Anzahl in den Ambulanzen des 500-Betten-Hauses versorgt – mangels ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte. Aber wie versorgt man eigentlich 1,1 Millionen Patienten?

Antwort: Durch eine straffe Organisation und den Einsatz von „Cyber-Medizin“. So wurde von der Klinik eine eigene App entwickelt, die nicht nur auf B2B-, sondern auch auf B2C-Basis agiert: Dies geht von der Online-Terminvergabe über Mitteilungen von Labordaten und Arztbriefen an den Patienten bis zur Kommunikation der ambulanten Diagnostik.

„Datentreuhänder“ ist dabei ausschließlich die Klinik. Gefühlt hatte mindestens die Hälfte der Chinesen ein Smartphone.

Der Wille zu Verbesserung

Die Geschäftsführung und die Gewerkschaft des Krankenhauses Foshan hatten einvernehmlich beschlossen, ihr Krankenhaus nach KTQ International zertifizieren zu lassen, und die in diesem Zusammenhang auf alle Mitarbeiter zukommende Mehrbelastung bewusst in Kauf zu nehmen. Ein Jahr vor der Selbst- und Fremdbewertung war eine chinesische Delegation mit Vertretern aus allen drei Bereichen des Krankenhauses nach Berlin gereist, um sich mit dem Verfahren vertraut zu machen und um die Kriterien kennenzulernen.

Das Frauen- und Kinderkrankenhaus Foshan stellt sich selbst wie folgt dar: Die Einrichtung ist ein nicht gewinnorientiertes, staatliches 3A-Krankenhaus mit sechs wichtigen Funktionen: Medizinische Versorgung, Gesundheitsschutz, Wissenschaft, Forschung, Bildung und Informationsmanagement. Das Krankenhaus ist

auch Beratungs- und Schulungszentrum für Foshan, Frauen- und Kindergesundheit sowie Prävention. Es verfügt über 509 Betten und mehr als 20 Fachabteilungen. Dazu gehören die Abteilungen von Gynäkologie, Entbindung, unterstützende Fortpflanzungszentrum, Neonatologie, Pädiatrie, Kinder-/Mutterrehabilitation, Chirurgie, Brustchirurgie, Innere Medizin, Notfallaufnahme, Intensivstation und Abteilung für allgemeine Medizin.

Um ein nationales oder internationales KTQ-Zertifikat zu erhalten, erwarten die Visitoren von den medizinischen Einrichtungen die selbstkritische Betrachtung genauso wie die Bereitschaft, bestehende Strukturen zu verändern. Die Fragen, die uns beantwortet werden mussten, gingen dabei weit über medizinische und pflegerische Aspekte hinaus: Um die KTQ-Zertifizierung erfolgreich zu bestehen, wurde der Umgang mit den Patienten genauso berücksichtigt wie die Themen Arbeitsorganisation, stetige Weiterbildung, Sicherheitsvorkehrungen bei Notfällen und das Management.

Das Verfahren

Alle KTQ-Kataloge orientieren sich an den sechs zentralen Kategorien im KTQ-Modell „aus der Praxis, für die Praxis“:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit und Risikomanagement

- Informations- u. Kommunikationswesen
- Unternehmensführung
- Qualitätsmanagement

Zunächst gibt es die KTQ-Selbstbewertung auf Grundlage des KTQ-Manuals, in dem alle notwendigen Schritte erläutert sind und das den KTQ-Katalog mit allen zu bearbeitenden Fragen zu den Leistungen, Prozessabläufen und zum Qualitätsmanagement enthält. Diese Ist-Analyse stellt eine Standortbestimmung dar. Das Ergebnis dieser Analyse im Vergleich zu den Fragen des KTQ-Kataloges zeigt die eigenen Stärken und Verbesserungspotenziale auf. Die KTQ-Selbstbewertung ist nicht direkt an eine nachfolgende KTQ-Zertifizierung gebunden und kann vollkommen unabhängig zur Standortbestimmung oder Analyse durchgeführt werden.

Jeder der vier Schritte PLAN – DO – CHECK – ACT wird in der Punktevergabe unter zwei Gesichtspunkten bewertet:

- **Erreichungsgrad:** Inwieweit sind die im KTQ-Katalog genannten Anforderungen zu dem jeweiligen Kriterium erfüllt?
- **Durchdringungsgrad:** Inwieweit werden die Anforderungen interdisziplinär und interprofessionell umgesetzt?

Die daraus resultierende Selbstbewertung bietet der Einrichtung viele Vorteile:

- Das Ergebnis der Selbstbewertung zeigt, ob es sinnvoll ist, das KTQ-Zertifikat zu beantragen, oder ob zunächst zentrale Verbesserungspotenziale umgesetzt werden sollten.

- Der KTQ-Selbstbewertungsbericht stellt die Grundlage für eine effiziente Durchführung des Zertifizierungs-Verfahrens dar.
- Der KTQ-Selbstbewertungsbericht ist die Basis des KTQ-Qualitätsberichtes, der als exzellentes Marketing-Instrument dient.

Der Geschäftsführung obliegt es dann, diese Berichte offen zu kommunizieren oder nicht. Spätestens bei der Re-Zertifizierung, drei Jahre später, wird das Visitorenteam nach der Umsetzung der Verbesserungspotenziale fragen. Entscheidet sich die Einrichtung anschließend für eine Zertifizierung, so erfolgt als nächster Schritt die KTQ-Fremdbewertung. In dieser wird der Selbstbewertungsbericht hinterfragt und die für die jeweilige Einrichtung zutreffenden Kriterien des KTQ-Kataloges bewertet. Dazu werden „Kollegiale Dialoge“ mit den Mitarbeitern geführt und gezielt verschiedene Bereiche der Einrichtung in Stichproben überprüft. Erreicht die Einrichtung auch in der Fremdbewertung die erforderliche Anzahl von Punkten, empfehlen die Visitoren der KTQ die Vergabe des Zertifikats.

Der Blick von außen

Die Fremdbewertung wird durch externe, von der KTQ speziell geschulte Experten durchgeführt. Dabei achtet die KTQ darauf, dass die Visitoren aufgrund ihres Profils Akzeptanz bei der jeweiligen Einrichtung finden. Da es sich bei dieser Visitation um ein Krankenhaus handelte, das die Thematik der Frauengesundheit von der Prävention bis zur Tumornachsorge abdeckt, fiel die Entscheidung u. a. auf mich. Bei unserem Besuch war ich überrascht, dass ich im Dienstzimmer des Chefarztes der Gynäkologie die Lehrbücher des Brustzentrums der Emory-University in Atlanta/USA fand. Es stellte sich heraus, dass wir beide in der Vergangenheit zeitlich versetzt an dieser Institution hospitiert hatten und die dort erworbenen Fähigkeiten in den jeweiligen Kliniken zu Hause anwenden. So wurde auch fachlich sofort eine Ebene gefunden. Der obligatorische Bezug zum Selbstbewertungsbericht stellt sicher, dass die Visitationsergebnisse für das Kranken-



Vor-Ort-Begehung in der Neonatologie.



Die deutschen „Richter“ bei der Übersichtsbegehung am 1. Tag: KTQ International Geschäftsführerin Gesine Dannenmeier, Manuel Matzath (Geschäftsbereichsleiter Westpfalz-Klinikum GmbH), Thomas Kissinger (Pflegedirektor Universitätsklinikum Knappschafts-Krankenhaus Bochum) und Uwe Torsten (Chefarzt Vivantes Kliniken Berlin) (v.l.)

haus unmittelbar relevant sind. Im Rahmen der mehrtägigen Visitation gewinnen die KTQ-Visitoren einen fundierten Eindruck von den Gegebenheiten vor Ort und können entsprechend detaillierte Rückmeldungen geben. Mit dem vertraulichen KTQ-Visitationsbericht erhält die Leitung der Einrichtung eine umfangreiche Auflistung von Stärken und Verbesserungspotenzialen.

So wie der pflegerische mit dem ökonomischen und mit dem ärztlichen KTQ-Visitor auf einer Augenhöhe kommunizieren und entscheiden, so findet auch der Umgang mit den Beschäftigten eines Krankenhauses vor Ort auf einer Augenhöhe statt. So waren wir nicht wenig überrascht, dass wir mit dem Banner begrüßt wurden: „Willkommen deutsche Richter“ (siehe Foto). Wir haben als erstes klargestellt, dass wir weder die medizinische Judikative noch Exekutive darstellen, sondern im kollegialen Dialog und mit gegenseitigem Respekt überprüfen wollen, wie in den einzelnen Bereichen die jeweiligen Kriterien umgesetzt werden, bzw. einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess nachvollziehbar unterliegen.

Das Krankenhaus schrieb in seiner Selbstbewertung: „Bestmögliche Nutzung der Talente der Mitarbeiter auf der ihnen am besten passenden Stelle.“ Dieses ist ein

chinesisches Sprichwort, was so viel bedeutet wie: Bestmögliche Talentnutzung für die geeignete Stelle. Das sind auch das Ziel und der Grundsatz der Krankenhauspersonalpolitik. Unter diesem Grundsatz und der Berücksichtigung der ‚Personalplanung des Krankenhauses‘ erstellen wir die Personalplanung und damit die Arbeitsbelastung, Personalstruktur und Entwicklung. Der Personalplan ist die Grundlage für das Budget von Personalkosten. Bei Gestaltung des Personalplans holen wir aus verschiedenen Quellen die Mitarbeitermeinungen ein. Wir setzen die dreijährige systematische Ausbildung für neue ärztliche, pflegerische, technische und pharmakologische Mitarbeiter mit einer Teilnehmerquote von 100 Prozent um.“ Diese ökonomische Sichtweise war uns Deutschen recht vertraut. Aber 100 Pro-

zent? Wir sahen in der Tat, dass neben unserem Arbeitsraum in den Abendstunden ab 18 Uhr das „Freiwilligenprogramm“ von so vielen Pflegenden wahrgenommen wurde, dass der Saal bis auf den letzten Platz gefüllt war; die Veranstaltung endete zwei Mal pro Woche zwischen 20 und 21 Uhr mit einer schriftlichen Prüfung.

Am Ende: das KTQ-Zertifikat

Nach den beiden Visitationswochen stand das Zertifikat, welches einen Gültigkeitszeitraum von drei Jahren besitzt. Somit wird FKKF das erste 3A-Fachkrankenhaus in der Provinz-Kanton, das das KTQ-Zertifikat erhalten hat, in Zukunft auch ausländische Patienten versorgen. Außerdem gehört es zum Codex eines KTQ-zertifizierten Hauses, das jeder Mitarbeiter sich auf die 3 Buchstaben K, T und Q berufen und diese einfordern kann. Geschieht dies nicht, so ist der Aufwand einer Zertifizierung im Grunde genommen überflüssig geworden, da sie nicht gelebt wird. Nach der zweiten Visitationswoche hatten die drei Visitoren den Sinnspruch, der eingangs erwähnt wurde, auch verstanden. Er meinte: *Es ist nicht wichtig im Sinne einer Olympiade von der Größe zu sprechen, sondern von dem zusätzlich notwendigen Intellekt. Es ist nicht wichtig, quantitativ einen Prozess zu beschreiben, sondern viel wichtiger ist die Dynamik und Kraft, mit der er umgesetzt wird.*

Verfasser:
PD Dr. med. Uwe Torsten
KTQ-Visitor und Sprecher des Vivantes Medical Boards Gyn/Geb
Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin (HB)

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 11.05.2016	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	6 P
■ 25.05.2016 und 22.06.2016	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich, kein Teilnehmerentgelt	keine
■ 13.06.–15.06.2016	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
■ 15.06.–17.06.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
■ 29.06.2016	Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 11 E-Mail: c.hasenbeck@aekb.de	4 P
■ 08.10.2016	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
■ 10.10.–12.10.2016	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
■ 12.10.–14.10.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
■ 05.11.2016 und 09.11.2016	„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Organisation und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Marion Winterholler, M.Pol.Sc. E-Mail: winterholler@signal-intervention.de Fax: 030 / 275 95 366	12 P

Gesundheitsförderung und Prävention

strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer anknüpfungsfähigen Qualifikation

Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren. Vor diesem Hintergrund werden in der Fortbildung (Blended-Learning und Präsenztage) Fakten zu Präventionskonzepten, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepten des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und durch praktische Übungen vertieft.

Zeitraum: 09.05.2016 bis 01.07.2016

Selbstlernphasen: 09.05.2016 bis 29.05.2016
04.06.2016 bis 26.06.2016

Präsenztage: 03.06.2016
01.07.2016
jeweils von 8:30 Uhr bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und um eine Anmeldung wird per E-Mail an Sandra Zippel: s.zippel@aekb.de gebeten. Weitere Informationen zum Inhalt erhalten Sie bei Manja Nehrkorn, Tel.: 030 / 408 06-12 11. Anerkannt mit **33 Fortbildungspunkten**.

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

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt
„Häusliche Gewalt“

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

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

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

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung findet in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin statt und vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Paarbeziehungen“.

Termin: 05.11.2016 (10-16 Uhr) sowie am 09.11.2016 (17-19:30 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Marion Winterholler, M.Pol.Sc.; E-Mail: winterholler@signal-intervention.de; Fax: 030 / 27 59 53 66. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich. Die Basis-Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt **12 Fortbildungspunkten** anerkannt.

Arzneimittel oder Droge? – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und
der Apothekerkammer Berlin

Cannabis und Cannabinoide bergen ein therapeutisches Potenzial, aber ebenso Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch. Aus pharmakologischer Sicht muss grundsätzlich zwischen pflanzlichem Cannabis, Extrakten und (teil-)synthetischen Cannabinoiden unterschieden werden. Für die meisten potenziellen medizinischen Anwendungsgebiete von Cannabinoiden gibt es derzeit wenig Evidenz. Ein therapeutischer Stellenwert ergibt sich für palliativmedizinische Indikationen. Medizinisch relevant ist zugleich, dass Cannabis in Deutschland und weltweit die am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. Ein intensiver Cannabiskonsum ist mit gesundheitlichen Risiken assoziiert. Daneben können aber auch manche zugelassene und gut eingeführte Arzneimittel wie Erkältungspräparate ein ganz eigenes Suchtpotenzial entwickeln und finden missbräuchliche Anwendung, was nicht jedem Arzt oder Apotheker bekannt ist.

Die Fortbildungsveranstaltung beleuchtet am Beispiel ausgewählter Substanzen sowohl deren therapeutisches Potenzial, als auch die Risiken bei nichtmedizinischem Gebrauch. Im Anschluss an die Vorträge besteht hinreichend Möglichkeit zu einer moderierten Fachdiskussion mit den Experten.

Eine ausführliche Ankündigung der Veranstaltung finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin: www.aerztekkammer-berlin.de (Kapitel: Ärzte, Rubrik: Fortbildung; weiter: Fortbildungen der Ärztekammer Berlin)

Termin: Mittwoch, 25.05.2016, 19:30 bis 21 Uhr

Referenten: Dr. med. Helmut Hoffmann-Menzel, Facharzt für Anästhesiologie; *Spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin und Apotheker, Malteser Krankenhaus Bonn*; Grit Spading, Apothekerin, Kochendorf

Moderator: Dr. rer. nat. Christian Heyde, *Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin*

Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Hörsaal, Robert-Koch-Platz 7 in 10115 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, weshalb eine formlose persönliche Anmeldung erforderlich ist. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de. Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs. Die Teilnahme ist kostenfrei.

Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Sie ist anerkannt mit **2 Fortbildungspunkten**.

Ärztliche Bildung im 21. Jahrhundert – innovative Methoden und Technologien

Der Workshop des Kompetenzbereichs eLearning Charité – Universitätsmedizin Berlin Prodekanat für Studium und Lehre in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin richtet sich an verantwortliche Personen in der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung. Wie lassen sich innovative Lehrszenarien mithilfe digitaler Medien entwickeln und umsetzen?

Was steckt hinter Begriffen wie „Internet der Dinge“ oder „Virtual Reality“? Welche Bedeutung haben aktuelle technologische Entwicklungen für medizinische Bildungsszenarien?

Termin: 19. und 20. Mai 2016

Kursleitung: Kai Sostmann (Arzt), Prodekanat für Studium und Lehre (PDL) Leitung Kompetenzbereich eLearning

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 350 Euro (inkl. Verpflegung, außer Mittagessen) und die Anmeldung ist unter: <http://digitale-fortbildungen.charite.de/anmeldung/> möglich. Anerkannt mit **18 Fortbildungspunkten**.

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patientin / Patient hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist ein Gewinn für die Patienten und für Ärzte und das Behandlungsteam.

Die Teilnehmenden erarbeiten aktiv Gesprächs- und Aufklärungskonzepte für (Erst-) Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten Simulationspatient/innen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 15.07.2016 bis Samstag 16.07.2016

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp; Herr Prof. Dr. med. Sehouli

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Anmeldung: Es können maximal 15 Personen an der Veranstaltung teilnehmen und die Teilnahme kostet 290 Euro. Eine Anmeldung ist möglich unter: Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de Anerkannt mit **17 Fortbildungspunkten**.

Fortbildung Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Auf Beschluss der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin wurde die Fortbildung „Ambulante Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden – Herausforderung und Perspektiven für sicheres Handeln“ organisiert.

Ziel ist es, insbesondere den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen praxisorientierte Informationen zu Umfang und Inhalten der medizinischen Versorgung in den Zentralen Aufnahmestellen des Landes Berlin zu geben, die aktuelle Situation der dort behandelten Menschen abzubilden sowie die Möglichkeiten der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in der niedergelassenen Praxis entsprechend der rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Grundlagen der Abrechnung zu erläutern. Die Teilnehmer haben im Anschluss die Möglichkeit, mit den Referenten in den Erfahrungsaustausch und eine lösungsorientierte Diskussion zu kommen.

Termin: 29.06. 2016 von 16:30 Uhr bis 20 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen zur Fortbildung: Manja Nehr Korn, Tel.: 030 / 408 06-12 11

Anmeldung: Corina Hasenbeck, c.hasenbeck@aekb.de

Eine schriftliche persönliche Anmeldung zur Fortbildung ist notwendig und das Anmeldeformular finden Sie online auf der Homepage der Ärztekammer Berlin. Anerkannt mit **4 Fortbildungspunkten**.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2016 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 19.09. bis 24.09.2016

Präsenzwoche 2: 31.10. bis 05.11.2016

Präsenzwoche 3: 12.12. bis 17.12.2016

(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation),

Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2016@aekb.de

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

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es u. a. bei der Bearbeitung von Schadenfällen, CIRS-Berichten und Fällen in Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen (M&M-Konferenzen).

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten in der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

Termin: Die Blended Learning-Fortbildung wird in zwei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.11.-30.11.2016

Präsenz-Modul: 01.12.-03.12.2016

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Elke Höhne, Tel.: 030 / 408 06-14 02,

E-Mail: e.hoehne@aekb.de. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anerkannt mit **33**

Fortbildungspunkten von der Ärztekammer Berlin und mit **12 Punkten** von der Registrierung beruflich Pflegenden.

Delegierte kritisieren geplante Novelle des Psychotherapeutengesetzes

Bericht von der Delegiertenversammlung am 6. April 2016

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat sich in ihrer April-Sitzung deutlich gegen die geplante Novelle des Psychotherapeutengesetzes ausgesprochen. Daneben befassten sich die Delegierten intensiv mit der bevorstehenden Ausgabe des elektronischen Arztausweises. Weiteres zentrales Thema der Sitzung war – wie nicht anders zu erwarten – das vorläufige Scheitern der GOÄ-Novelle.

Von Sascha Rudat

Nachdem die Delegierten in ihrer Februar-Sitzung den außerordentlichen Deutschen Ärztetag aufgearbeitet hatten, mussten sie sich Anfang April mit einer gänzlich neuen Situation in Sachen GOÄ auseinandersetzen. Mit einem einstimmigen Nein des Vorstandes der Bundesärztekammer zur über 700 Seiten starken Novelle – inklusive Leistungslegende –, gefolgt von einem Rücktritt Theo Windhorsts (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe) als Verhandlungsführer knapp drei Wochen zuvor hatte sicher keiner gerechnet. Vizepräsident Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) berichtete den Delegierten ausführlich von der denkwürdigen Sitzung am 17. März, an der er teilgenommen hatte: „Die Notbremse zu ziehen, war sicher richtig. Das, was dort vorgelegt worden war, war so schlecht, dass damit viele bis auf die Knochen blamiert worden wären. Die alte GOÄ ist auf jeden Fall besser als das, was dort auf dem Tisch lag.“

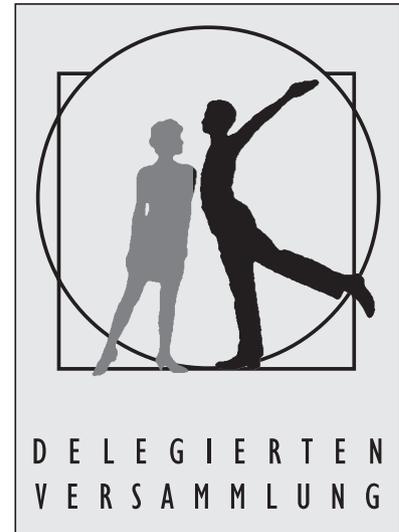
Gleichzeitig betonte Wille, dass eine Novelle der alten Gebührenordnung zwingend notwendig sei. Diese Einschätzung teilten die Delegierten. Einerseits zeigte man sich zufrieden, dass die Kritik der Ärztekammer Berlin an der vorgelegten GOÄ-Novelle nun geteilt wird, andererseits stellte man sich die Frage, wie es weitergehen soll. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) nannte das vorläufige Scheitern der Novelle „ein

doppeltes Desaster“. Zum einen sei seitens der Bundesärztekammer für die GOÄ-Novelle ein nicht unerhebliches Finanzvolumen ausgegeben worden, zum anderen sei der Umgang mit dem „Nothalt“ höchst problematisch. Damit bezog sich Jonitz auf Interviews, die Bundesärztekammerpräsident Frank Ulrich Montgomery nach dem Debakel gegeben hatte. Die Forderung nach personellen Konsequenzen auf dem Deutschen Ärztetag Ende Mai in Hamburg war von mehr als einem Delegierten zu hören.

Matthias Bloechle (Allianz Berliner Ärzte) und Anja Dippmann (Marburger Bund) stimmten darin überein, dass die bisherige Verhandlungsführung auf ärztlicher Seite stark beschädigt sei. Aus Sicht von Jonitz ist Zeitdruck nicht nötig, da in dieser Bundestagslegislaturperiode kaum noch mit einer Umsetzung der Novelle durch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zu rechnen sei. Dem stimmte Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) zu: „Wir brauchen uns keine Illusionen zu machen. Das wird jetzt Zeit brauchen.“ So darf man auf den Deutschen Ärztetag in Hamburg gespannt sein.

Alles auf eine Karte

Der elektronische Arztausweis ist auf dem Weg! Nach mehrjährigem Vorlauf kommt nun wirklich Bewe-



gung in das Thema – nicht zuletzt durch das E-Health-Gesetz wird die Entwicklung vorangetrieben, wie Christoph Röhrig, Leiter der Abteilung 3 (u.a. Kammermitgliedschaft), und die Datenschutzbeauftragte der Kammer, Maren Stienecker, den Delegierten in einem Vortrag darlegten. Dabei stellten sie den Fahrplan im Detail vor. BERLINER ÄRZTE hatte mögliche Fragen rund um den eArztausweis, seine Beantragung und den Ausgabeprozess in Ausgabe 4/2016 bereits beantwortet.

Den Delegierten lag eine Drucksache vor, die vorsah, dass die bereits in geringem Umfang begonnene Ausgabe des eArztausweises im Jahr 2016 mit dem vorhandenen Personal fortgesetzt wird und dass dafür keine Gebühren erhoben werden. Christoph Röhrig begründet dies u.a. damit, dass der Nutzen des Ausweises für die Kammermitglieder gegenwärtig noch nicht handfest sei, bisher keine Gebühren für vergleichbare Leistungen erhoben würden und auch in anderen Kammerbezirken bisher keine Gebühren dafür er-



hoben würden. Gleichzeitig verwies er darauf, dass die Leistungen des bisher einzigen Zertifizierungsdiensteanbieters (ZDA) am Markt, medisign, gebührenpflichtig seien (aktuell 7,90 Euro mtl. ab dem 1.1.2017). Dies warf die Frage nach der Kostenentwicklung – insbesondere wenn weitere ZDA im Markt unterwegs sein sollten – auf. Diese Entwicklung ist nach Angaben von Röhrig noch offen.

Ralph Drochner (Allianz Berliner Ärzte) erkundigte sich nach den Gegenleistungen für die Gebühren. Die Hauptleistung der ZDA sei die Bereitstellung von qualifizierten Zertifikaten, erläuterte Maren Stienecker. Klaus Thierse (Marburger Bund) wies darauf hin, dass zu den Gebühren für den ZDA weitere Kosten für die Infrastruktur anfielen.

Christoph Röhrig erwähnte in diesem Zusammenhang noch die finanzielle Förderung der elektronischen Versendung von Arztbriefen mittels qualifizierter elektronischer Signatur des eArztausweises in Höhe von 55 Cent pro Arztbrief ab dem 1.1.2017.

Hans-Peter Hoffert (Hausärzte in Berlin) fragte, ob es nicht möglich sei, die Gebühren für den ZDA über die Kammerbeiträge einzuziehen. Dem widersprach Peter Bobbert (Marburger Bund), da die Gebühren nicht an die Kammer, sondern an den ZDA gingen.

Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) wies darüber hinaus darauf hin, dass datenschutzrechtliche Aspekte bei der Diskussion um die Einführung des eArztausweises nicht aus den Augen verloren gehen dürften. Es sollte weiterhin von Seiten der Ärzteschaft darauf geachtet werden, dass die hochsensiblen Patientendaten in Zukunft nicht zentral gespeichert werden.

Nach dieser Diskussion verabschiedeten die Delegierten die Drucksache schließlich einstimmig bei einigen Enthaltungen.

Warnung vor „Monopolisierung“ der Psychotherapie

Weiterhin befassten sich die Delegierten mit der geplanten Novelle des Psychotherapeutengesetzes. Dazu hatte der



BDPM-Präsident Christian Messer war Gastredner

Vorstand eine Tischvorlage vorgelegt. Außerdem war Christian Messer, Präsident des Bundesverbandes Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM), als Gastredner eingeladen worden.

Mit der Novelle plant das Bundesgesundheitsministerium einen Studiengang einzuführen, der direkt zur Approbation als Psychotherapeut führen soll – ohne vorherige Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Die Absolventen hätten damit direkt nach dem Studium Zugang zur Patientenversorgung. Sie sollen zudem künftig für den gesamten psychosozialen und kommunikativen Bereich zuständig sein, der bisher zu den ärztlichen – insbesondere den hausärztlichen – Kernkompetenzen zählt.

Diese weitere Aufsplitterung der somatischen und psychischen Behandlungskompetenz widerspreche der adäquaten und umfassenden Patientenversorgung und müsse deshalb von allen Ärztinnen und Ärzten im Sinne einer ganzheitlichen Versorgung kranker Menschen in aller Deutlichkeit abgelehnt werden, hieß es in der Beschlussvorlage weiter. BDPM-Präsident Messer warnte in diesem Zusammenhang vor der Monopolisierung des Begriffs des „Psychotherapeuten“ durch psychologische Psychotherapeu-

ten. Jonitz ergänzte, dass die psychotherapeutische Versorgung überwiegend und erfolgreich von psychotherapeutisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werde. Daher sei es notwendig, sich schnell gegen die geplanten Änderungen am Psychotherapeutengesetz zu stellen.

Herbert Menzel (Fraktion Gesundheit), niedergelassener Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, sah seinerseits die Eilbedürftigkeit eines solchen Beschlusses nicht. Er bemängelte, dass die fachkundigen Mitglieder der DV nicht in die Vorbereitung der Drucksache einbezogen worden seien. Man müsse sich in Ruhe mit dem Thema beschäftigen. Er plädierte daher zunächst für eine Vertagung.

Dem widersprach Dietrich Bodenstern (Hartmannbund), Facharzt für Psychosomatische Medizin. Die Wichtigkeit sei gegeben: „Wir müssen das jetzt beschließen.“

Roland Urban (Allianz Berliner Ärzte), Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, haderte daneben mit einem Absatz in der Beschlussvorlage und wies zugleich darauf hin, dass die Fachverbände seit einiger Zeit wiederholt auf die Brisanz der Direktausbildung hingewiesen hätten. Dies dürfe nicht vergessen werden.

Nach einer redaktionellen Korrektur wurde die Beschlussvorlage einstimmig bei einigen Enthaltungen verabschiedet.

srd

Weitere Informationen zum elektronischen Arztausweis finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin:

www.aerztekammer-berlin.de => **Ärzte**
=> **Mitgliedschaft** => **eArztausweis**

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 13. Juli 2016 um 20.00 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich.

BÄV-Vertreterversammlung ändert Anlagerichtlinien

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 7. April 2016

Die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung (BÄV) beschäftigte sich in der April-Sitzung mit den Anlagerichtlinien für das Versorgungswerk. Dabei ging es durchaus um sprachliche Feinheiten. Außerdem befassten sich die Vertreter mit dem Geschäftsjahr 2015 sowie mit dem Thema Nachhaltigkeit.

Von Sascha Rudat

Helmut Mälzer (Allianz Berliner Ärzte), Vorsitzender des BÄV-Verwaltungsausschusses, gab zu Beginn der Sitzung eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2015 ab. „Wir wachsen weiter“, sagte er mit Blick auf das Anlagevermögen von nunmehr 7,163 Milliarden Euro (2014: 7,020 Milliarden Euro). Weiterhin habe es eine breite Streuung über alle Anlageklassen hinweg gegeben. Dies habe sich in der Vergangenheit bewährt. Trotz der schwierigen Marktlage seien voraussichtlich Verzinsungskennziffern über dem Rechnungszins von 4,00 Prozent möglich.

Insgesamt habe sich aber bedingt durch die schlechte Lage an den Kapitalmärkten Vieles verändert. „Die vermeintliche Sicherheit bei Staatsanleihen sehe ich nicht mehr“, nannte Mälzer als Beispiel. Rund 35 Prozent des Anlagevermögens liegen in Rentenpapieren, rund 15 Prozent in Aktien sowie rund 17 Prozent in Immobilien. Der Rest verteilt sich über weitere Anlageklassen. 2015 sind der Rentendirektbestand und das Rentenportfolio um 11,3 Prozent gesunken. Gleichzeitig wurden das Aktien- und Immobilienportfolio sowie alternative Investments weiter ausgebaut. 2016 soll laut Mälzer ne-

ben einem weiteren Abbau des Rentendirektbestandes und des Rentenportfolios stärker in weniger zinsabhängige Anlageklassen investiert werden. Oberstes Ziel ist „Opportunitäten nutzen!“

Rendite optimieren statt maximieren

Im Anschluss befassten sich die Vertreter mit der vorliegenden Neufassung der Anlagerichtlinien. Wie Matthias Albrecht (Marburger Bund), Vorsitzender des BÄV-Aufsichtsausschusses, erklärte, handele es sich bei den Anlagerichtlinien um vom Aufsichtsausschuss verfasste und von der Vertreterversammlung zu beschließende „Handlungsanweisungen und Leitplanken“ für den Verwaltungsausschuss, die in der bisherigen Fassung über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen.

Seinen Angaben zufolge besteht die Neufassung aus vielen semantischen Anpassungen und aus Anpassungen an geänderte rechtliche Rahmenbedingungen. Als wichtigste Änderung nannte er Punkt 3.2.1 „Zulässiges Anlageuniversum und Anlagebegrenzungen“. Dort waren bisher prozentuale Ober- und Untergrenzen für einzelne Anlageklassen auf-

geführt. Diese sollen mit der Neufassung komplett entfallen. Helmut Mälzer bezeichnete die Streichung als notwendig: „Wenn wir mehr Handlungsfreiräume bekämen, wären wir sehr dankbar.“

Zum vorliegenden Beschlussfassungsantrag gab es drei Änderungsanträge von Julian Veelken und Ellis Huber (beide Fraktion Gesundheit). Einer dieser Anträge sah unter 1.2 „Ziele“ der Kapitalanlage die Ergänzung um das Ziel „Nachhaltigkeit“ vor. Außerdem sollte der Begriff „Rendite



Matthias Albrecht (li.), Vorsitzender des BÄV-Aufsichtsausschusses, erläutert den Vertretern die Systematik der Nachhaltigkeitsrichtlinie. Rechts Wolfgang Kreischer, stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsausschusses.

maximieren“ (geknüpft an vier Bedingungen) in „Rendite optimieren“ geändert werden.

Über diesen Änderungsantrag gab es eine längere Diskussion. Matthias Albrecht erklärte, dass die Kapitalanlagerichtlinien ein internes Arbeitspapier für den Verwaltungsausschuss seien. Es würde zu Konflikten in der täglichen Arbeit des Verwaltungsausschusses führen, wenn man das Ziel der Nachhaltigkeit mit den anderen unter 1.2. genannten Zielen gleichrangig setzen würde. „Wir brauchen eine Zielhierarchie.“ Aus diesem Grund sei die Nachhaltigkeit bei der Kapitalanlage als zu beachtendes Ziel unter Punkt 5 aufgeführt. Dem schlossen sich Wolfgang Kreischer (Hausärzte in Berlin) und Rüdiger Brand (Fraktion Gesundheit), Mitglied des Verwaltungsausschusses, an: „Das klingt sonst so, als ob wir das Thema Nachhaltigkeit bisher nicht beachtet hätten.“ Julian Veelken hielt jedoch an seinem Antrag fest, der schließlich mit acht Stimmen zu zwei Gegenstimmen abgelehnt wurde.

Klaus Thierse sprach sich allerdings dafür aus, den von Veelken und Huber vorgeschlagenen Begriff „optimieren“ statt „maximieren“ zu verwenden. Nachdem man sich dazu ausgetauscht hatte, stimmten die Vertreter dem einstimmig zu.

Zwei weitere Änderungsanträge befassten sich mit der Pflicht zur Veröffentlichung der grundlegenden Richtlinien (Anlagerichtlinien, Nachhaltigkeitsrichtlinien) und der Assetallokation auf der Homepage bzw. mit der Bekanntgabe an die BÄV-Mitglieder. Die meisten Delegierten sprachen sich gegen eine derartige Verpflichtung zur Veröffentlichung aus, da damit ein Anspruch auf Preisgabe der Anlagestrategie entstünde. „Die Veröffentlichung geht zu weit, das halte ich für riskant“, erklärte etwa Bernd Müller (Allianz Berliner Ärzte). Beide Änderungsanträge wurden mit deutlicher Mehrheit abgelehnt.

Reaktionsfähigkeit bei der Auswahl der Geschäftspartner

Diskussionen gab es darüber hinaus noch zu den Kriterien bei der Auswahl der

Geschäftspartner, u. a. Depotbanken, im Bereich Kapitalanlagen unter 12. der Anlagerichtlinien, konkret um den neu hinzugefügten Punkt 12.6 „Sonstiges“. Darin heißt es „Von den vorgenannten Auswahlkriterien kann im Ausnahmefall abgewichen werden.“ Julian Veelken plädierte für eine Streichung des Punktes 12.6. Unterstützung bekam er von Bernd Müller. Wolfgang Kreischer erklärte hingegen, dass man die guten Ergebnisse in der Vergangenheit u.a. dadurch erzielt habe, dass man gewisse Freiheiten gehabt habe. „Genauso müssen wir auch die Depotbank austauschen können. Die Flexibilität möchten wir haben.“ Dem stimmte Helmut Mälzer zu: „Das ist für mich kein Weichmacher. Wir müssen handlungsfähig sein. Das Geschäft wird schnelllebiger, wir müssen hier und da auch mal anders entscheiden.“ Wenn man zu Ausnahmen komme, müsse man diese wie bisher auch gut begründen und dokumentieren. Man verständigte sich schließlich darauf, Punkt 12.6 in den neuen Anlagerichtlinien zu belassen.

Die Anlagerichtlinien wurden abschließend mit neun Stimmen bei einer Gegenstimme angenommen.

Was ist Nachhaltigkeit?

Nachfolgend erläuterte Matthias Albrecht in einem Vortrag das Thema Nachhaltigkeit. Gleich zu Beginn warf er die Frage in den Raum, was denn Nachhaltigkeit eigentlich sei? Der Begriff habe inzwischen eine gewisse Beliebigkeit erfahren, sich aber als übergreifende Bezeichnung für werteorientierte Maßnahmen etabliert. Nachhaltig ausgerichtete Kapitalanlagen könnten grundsätzlich zur Verbesserung des Rendite-Risiko-Profiles beitragen bzw. sie führten nicht automatisch zu schlechteren Ergebnissen. Bestimmte Formen der nachhaltigen Kapitalanlage eignen sich laut Albrecht dazu gar besser als andere. Er betonte, dass jede Form der Nachhaltigkeit, oder allgemeiner der Werteorientierung, auf die Belange der Gesamtheit der Mitglieder des Versorgungswerks ausgerichtet sein müsse. „Wir können nicht nach Gutsherrenart entscheiden.“

Weiter erläuterte er, dass eine kapitalgedeckte Altersvorsorge wie die BÄV zunächst einmal intrinsisch nachhaltig sei. Die BÄV habe im Jahr 2008 als erster institutioneller Anleger ein so genanntes „engagement overlay“ für Aktienmandate eingeführt.

Ein Dienstleister (F&C) wurde beauftragt, auf die im Aktienbestand der BÄV gehaltenen Unternehmen im Hinblick auf Ziele der sozialen Verantwortung, Ethik, Ökologie (Umwelt) und guter Unternehmensführung einzuwirken. In der Folge habe die BÄV ihre Nachhaltigkeits-Aktivitäten ausgebaut, u.a. mit der Investition in Infrastruktur und erneuerbare Energien. „Die BÄV kann als Pionier unter den Investoren in Deutschland eingestuft werden, wenn es um die Einführung von Nachhaltigkeit in der Kapitalanlage geht“, betonte Albrecht nicht ohne Stolz.

Wie er weiter erklärte, sei es das primäre Ziel der BÄV, die Beiträge der Mitglieder im Rahmen der gesetzlichen, regulatorischen und internen Vorschriften sicher und rentabel anzulegen, um eine entsprechende Altersrente zu gewährleisten. Daraus ergebe sich als Hauptaufgabe, die finanziellen Mittel bestmöglich ertragsstark sowie risikoarm bzw. risikoeffizient anzulegen. Darüber hinaus sei, als Nebenbedingung, die Kapitalanlage bestmöglich nachhaltig zu gestalten.

Nach der Skizzierung des Rahmens ging Albrecht näher auf einzelne Nachhaltigkeitsrichtlinien und ihre Umsetzung ein. Dabei zeigte sich, dass es in der konkreten Arbeit nicht immer einfach ist, den richtigen Weg zu wählen, da es viele verschiedene Faktoren gegeneinander abzuwägen gelte.

Als Fazit hielt er fest, dass die BÄV bereits sehr viel getan habe und unter den ärztlichen Versorgungswerken bei diesem Thema an der Spitze stehe. Dabei sei aber nicht immer alles, was der Einzelne für wünschenswert hält, auch umsetzbar. Es gelte schließlich, das Wohl der Gesamtheit der Mitglieder im Auge zu behalten.

srd

Hektik in Zeiten der DRGs

Knappes Gut Zeit: Der 42. Workshop Medizinethik von St. Joseph-Krankenhaus und Evangelischer Akademie lotete die Spielräume aus, die Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern bleiben.

Von Adelheid Müller-Lissner

Es ist noch sehr früh am Morgen. Frau Lotter liegt hellwach in ihrem Krankenhausbett. Sie hat ein künstliches Hüftgelenk bekommen. Obwohl das keine lebensbedrohliche Krankheit ist, obwohl sie dank guter Medikation praktisch keine Schmerzen hat und obwohl es bei ihr im „Schnell-Läufer-Programm“ mit dem Wieder-auf-die-Beine-Kommen besonders fix gehen soll, hat die ältere Dame schlecht geschlafen. Sie war geplagt von Gedanken daran, ob und wie schnell sie es wohl wieder in ihre Wohnung schaffen würde, in den zweiten Stock ohne Aufzug. Sie wartet darauf, dass die Stationsärztin kommt, oder die sympathische, zugewandte Schwester Petra.

Die streift sich gerade ihren Kittel über. Alles war hektisch heute Morgen: Frühdienst, der Wecker hat um halb fünf geklingelt, doch es wurde knapp, weil das Kind gehustet hat und zur Oma statt in die Kita gebracht werden musste. Auf Station wird es nicht ruhiger werden. „Ich hetze durch den Tag und habe ständig Angst, Fehler zu machen“, sagt Petra.

Zeit ist ein Thema im Krankenhaus. „Die einen haben zu viel, die anderen haben zu wenig“, philosophiert Frau Lotter. Durch das Fallpauschalensystem ist zwar die Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern deutlich geschrumpft. Endlose Wochenenden, in denen medizinisch „nichts passierte“, verbringen Kranke dort kaum noch. Für Menschen, die ein neues Hüft- oder Kniegelenk brauchen, hat sich ihr Aufenthalt in den vergangenen 20 Jahren auf ein Viertel reduziert. Andererseits ist noch klarer geworden, dass Zeit Geld ist, die Kliniken im Normalfall aber nicht für mehr Zeit, sondern für den besonders „günstigen“

und passgenauen Fall mehr Geld bekommen.

„Nicht mehr der kranke Mensch steht heute im Mittelpunkt ärztlichen und pflegerischen Handelns, sondern die Anzahl und der Fallwert seiner Diagnosen und der ärztlichen Eingriffe“, so die bittere Bilanz, die Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, kürzlich anlässlich des 15. Geburtstags des DRG-Systems zog. Auch auf den großen Kongressen der Fachgesellschaften ist die grassierende Hektik seit einigen Jahren ein Thema. „Wir brauchen wieder mehr Zeit für das Gespräch mit den Patienten“, so lautete etwa die wichtigste Botschaft von Prof. Dr. med. Gabriele Schackert, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, anlässlich des Kongresses ihrer Fachgesellschaft im April in Berlin.

Grund genug für Prof. Dr. med. Thomas Poralla, Ärztlicher Direktor des St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Tempelhof, und für die Theologin und Gesundheitsmanagerin Simone Ehm, Studienleiterin für Ethik in den Naturwissenschaften an der Evangelischen Akademie zu Berlin, den Workshop Medizinethik, den beide Institutionen am 12. März schon zum 42. Mal gemeinsam veranstalteten, diesmal dem leidigen Thema zu widmen. „Behandlung im Akkord? Ethische Überlegungen zum Umgang mit Zeit im Krankenhaus“, so der Titel des Workshops, der diesmal im St. Joseph-Krankenhaus stattfand. Die lebensnahen Szenen um Frau Lotter und Schwester Petra, die dort zum Einstieg vorgespielt wurden, hat sich der dortige Arbeitskreis Ethische Anspielungen ausgedacht.

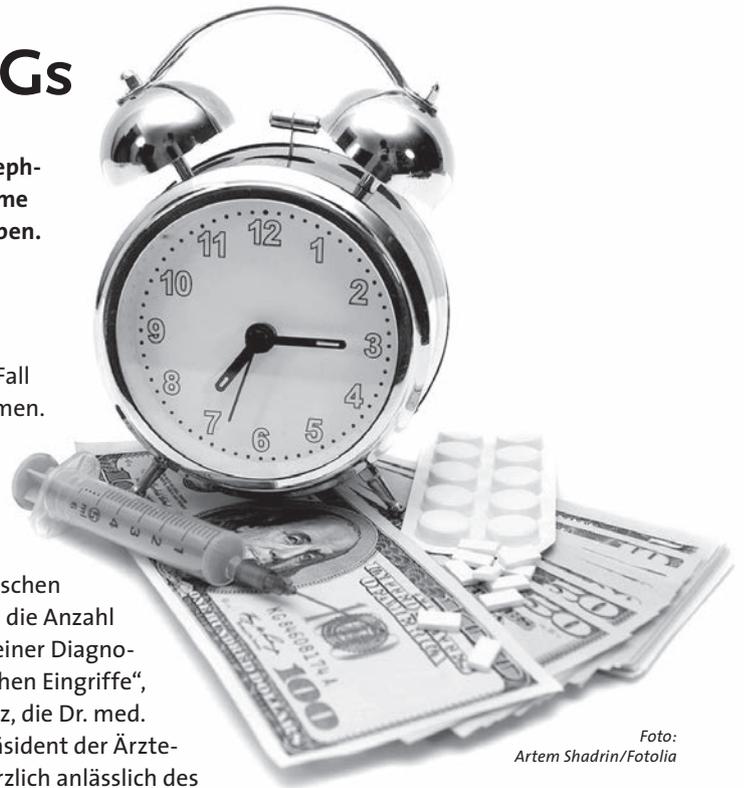


Foto:
Artem Shadrin/Fotolia

Rund 4.000 Babys erblicken in diesem Krankenhaus in jedem Jahr das Licht der Welt. Bevor ihr Leben beginnt, sind Neugeborene im DRG-System bereits „Fälle“: Kommen sie komplikationslos und auf natürlichem Weg auf die Welt, ist die Vergütung geringer als etwa bei einem Kaiserschnitt. Haben wir womöglich also schon die auf Ertrag ausgelegte „pauschale Geburt“, wie im Jahr 2014 Alexandra Bruns vom Verein Geburt e.V. in Schleswig-Holstein in einem kritischen Kommentar im Deutschen Ärzteblatt bedauernd konstatierte?

Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn, Chefarzt der Gynäkologie und Geburtshilfe im St. Joseph-Krankenhaus, stellte in seinem Vortrag ethische Überlegungen zum Umgang mit Zeit in der Geburtshilfe an. Auch er konstatierte zunächst, dass es abrechnungstechnisch zu einer „eigentlich völlig schrägen“ Abwertung der zeitintensiveren Geburtshilfe und einer „Aufwertung der Hochtechnik“ gekommen sei. Dabei sei es gerade in der Geburtshilfe oft entscheidend, erst einmal abzuwarten, sich Zeit zu nehmen und den Familien Zeit zu geben, letztlich also die Geduld zur „gekonnten Nicht-Intervention“ aufzubrin-

gen. Nur so könne eine Entbindungsklinik wirklich „in die Bindung hinein entbinden“. Der Geburtshelfer, der sich auch im Hebammen-Studiengang der Evangelischen Hochschule Berlin engagiert, gab zu bedenken, dass sich die Zeitnot in Entbindungskliniken letztlich sogar in weniger Geburten niederschlagen könne – falls Frauen bei ihrer ersten Niederkunft traumatische Erfahrungen machen. „Sie sind dann möglicherweise weniger bereit, nochmals in diesen Prozess zu gehen.“ Aus eigener Erfahrung berichtete er: „Wenn Patientinnen unzufrieden sind, stelle ich oft fest, dass ich nicht genug Zeit hatte.“ Ein Kardinalfehler, der von mangelnder Professionalität zeugt und den es auf jeden Fall zu vermeiden gilt, ist in seinen Augen, wenn Ärzte und Pflegepersonal vor den Patienten thematisieren, dass sie keine Zeit haben.

Die Ordensschwester, die im Haus lebte und sich auch spät nachts noch an das Bett eines Kranken setzte, machte diesen Fehler sicher nicht. Doch kann man auch heute noch behaupten, dass konfessionelle Häuser mehr um das leidige Zeit-Thema ringen? Auch viele andere Träger haben schließlich Leitbilder, in denen die mitmenschliche Zuwendung großgeschrieben wird. Nicht jeder hat allerdings einen eigenen „Zentralbereich Wertemanagement“ wie die Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und -management GmbH in Wien. Der Theologe und Psychotherapeut Rainer Kinast, der diesen Bereich leitet, will mit seiner Arbeit dazu beitragen, dass an den acht Standorten seiner Holding von den über 6.000 Mitarbeitern „wenigstens zeichenhaft Kontrastkultur“ zur von ihm kritisierten „neoliberalen ‚Hol-raus-was-geht‘-Einstellung“ gelebt werden kann. Sieben thematische Eckpfeiler, von „Zuwendung“ bis zu „Verwurzelung in christlicher Wertorientierung“, sollen den Mitarbeitern diese Absicht bewusst halten.

„So anders sind wir konfessionellen Krankenhäuser auch nicht“, bekannte allerdings der Betriebswirt Thomas Wüstner, Geschäftsführer des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara in

Halle an der Saale. Er ist als langjähriger Mitarbeiter privater Krankenträger – unter anderem als Geschäftsführer mehrerer Helios-Kliniken – ein Kenner „beider Seiten“. Und er weiß, dass Kennzahlen und Gewinne heute die privaten, die frei-gemeinnützigen wie die öffentlichen Träger beschäftigen. „In konfessionellen Häusern ist Wirtschaftlichkeit allerdings eher ein Mittel zum Zweck.“ Um den eigenen Wertvorstellungen gemäß arbeiten zu können, also zum Beispiel mehr Zeit für die Patienten zu haben, müsse man aber durchaus aufs Geld schauen. „Wir lassen viel Geld auf der Straße liegen, weil wir nicht so effizient abrechnen wie private Träger.“

Auch mit der Zeit lässt sich möglicherweise – ungeachtet aller grundsätzlichen Kritik am derzeitigen Finanzierungssystem für Krankenhäuser – effizienter umgehen. „Zeit lässt sich oft nicht vermehren, aber vertiefen“, sagte jedenfalls Dr. theol. Werner Weinhold, Theologischer Leiter der Paul-Gerhardt-Diakonie e.V. Dort wurde ein Konzept für Kurzgespräche im Krankenhaus entwickelt. In den „Drei-Minuten-Gesprächen“ soll jede Profession darauf achten, in ihrer Rolle zu bleiben, aus den Anliegen und Nöten der Patienten konkrete Aufträge zur Problemlösung für sich abzuleiten und das Gespräch mit einem erkennbaren Ergebnis abzuschließen. Die Akademie der Paul-Gerhardt-Diakonie bietet nun Schulungen mit diesem Konzept an, auch für interprofessionelle Teams. Ein Allheilmittel ist es selbstverständlich nicht: „Wir sind Teil eines Systems, in dem der Druck immer stärker wird“, musste auch Weinhold eingestehen.

In ihren Studien hat Prof. Dr. Eva Senghaas-Knobloch vom artech-Forschungszentrum der Universität Bremen immer wieder festgestellt, dass der Druck vor allem die Pflegekräfte stark belastet. „Eine von fünf Krankenschwestern denkt mehrmals in der Woche darüber nach, ihren Beruf aufzugeben. 74 Prozent der Befragten glauben, dass sie ihn nicht bis zum Rentenalter ausüben können“, berichtete die Sozialwissenschaftlerin.

„Man ist die ganze Zeit am Rennen und kommt trotzdem immer zu spät“, sagten auch die befragten Ärztinnen und Ärzte. Senghaas-Knobloch sieht die Gefahr, dass sich aus diesen Erfahrungen heraus auf die Dauer „zynische oder komplizenhafte Organisationskulturen verfestigen“. Ändern könne das nur eine Politik, die sich hüte, „industrielle Managementkonzepte auf Krankheits- und Heilungsprozesse zu übertragen“ und stattdessen „nicht messbare Aspekte im Zeitbudget explizit anerkennt“.

Und Frau Lotter, die ältere Dame mit der Hüft-OP? Dass Schwester Petra an diesem Vormittag schließlich doch noch ein paar Minuten Zeit für ein Schwätzchen gefunden hat, hat ihr gut getan. Sie empfindet es auch als hilfreich, dass ihr „Schnell-Läufer-Programm“ gut organisiert ist: Schon vor dem Eingriff können sich die zukünftigen Patienten untereinander austauschen und von den Erfahrungen einiger schon Operierter profitieren, wie Dr. med. Elke Johnen, Chefärztin der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am St. Joseph-Krankenhaus, beim Workshop berichtete. Außerdem kümmert sich der Sozialdienst darum, dass die Reha sich nahtlos an den Krankenhaus-Aufenthalt anschließt, und die Operierten bekommen zweimal täglich Physiotherapie, auch am Wochenende. Was sich übrigens trotz des Zeitaufwands lohnt, wie Johnen berichtete.

Keine Frage: Mit ihrer Mischung aus politischen und pragmatisch-praktischen Gedanken zum Thema Zeit im Krankenhaus stießen die Referenten des Workshops bei den teilnehmenden Ärzten, Pflegekräften und Krankenhaus-Seelsorgern auf reges Interesse. Im Anschluss aber eilten an diesem Samstagnachmittag alle schnell nach Hause: Ein wenig von ihrer knappen Zeit sollte schließlich auch noch für Privates übrig bleiben.

Verfasserin:
Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Journalistin

Die Tradition studentischer Wissenswettbewerbe soll an der Charité weiterleben

von Frauke Glöckner

Zum zweiten Mal fand im WS 2015/16 der Virchow Contest für Medizinstudierende der Charité – Universitätsmedizin Berlin statt. Die Prodekanin für Studium und Lehre, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, begrüßte die vier studentischen Teams, die ihre medizinischen Kompetenzen und ihre Nerven erneut am Campus Virchow-Klinikum messen wollten. Um die Buzzer versammelt – vor sich die große Leinwand, hinter sich das Publikum und die Jury – traten die Quiz-Teams in mehreren Spielrunden gegeneinander an (Kasten 1): Blickdiagnosen, Klinische Fälle, MC-Fragen, Differentialdiagnosen und zwei praktische Aufgaben. Wer erkennt den Fadenwurm? Wer kommt mit den wenigsten Untersuchungen zur richtigen Diagnose? Und wer verliert am Hautnahtrainer des Lernzentrums der Charité (Bild li.) unter den Augen des Publikums nicht die Nerven? Die Büchergutscheine im Wert von insgesamt 500 Euro, die die Ärztekammer Berlin



Foto: K. Vogt

Virchow Contest 2015 – Die praktische Aufgabe

gestiftet hatte, konnte das Sieger-Team „Bist du es, Lues?“ (Bild re.) erkämpfen. Das Bücherpaket der Buchhandlung vor Ort „Lehmanns Media GmbH“ ging an das Team „Face of the Giant Panda“ als zweiter Platz. Die Teams „Charité olé“ und „Fünf Freunde“ konnten sich über ein Lebkuchenpaket freuen. Auch das Publikum durfte sich bei ungelösten Fragen und in einer speziellen Quizrunde beteiligen. Die Veranstalter unter organisatorischer Leitung von Dr. Axel Schunk und PD Dr. Konstanze Vogt aus dem Prodekanat für Studium und Lehre bedanken sich herzlich bei allen Teilnehmern, Zuschauern und Mitwirkenden (wie der Hörsaalbetreuung, der Fachschaftsinitiative Medizin und den vielen Hochschullehrern, die durch Fragen- und Fallerstellung, Übungen und als Jury den Wettkampf fachlich begleiteten). Besonderer Dank gilt den Förderern, insbesondere der Ärztekammer Berlin mit ihrem Präsidenten Dr. Günther Jonitz sowie der Lehmanns Media GmbH, ohne deren Spenden der Wettbewerb nicht möglich gewesen wäre. Eine hervorragende Lehrveranstaltung mit langanhaltenden Lerneffekten und einem hohen Spaßfaktor und eine wunderbare Gelegenheit zusammenzukommen – Danke!

Die Buzzer sind rund, und nach dem Virchow Contest ist vor dem Paul Ehrlich Contest!

Am 23. und 24. Juni 2016 werden sich zudem am Campus Virchow-Klinikum der Charité 16 studentische Teams deutscher und österreichischer Medizinischer Fakultäten zum ersten Paul Ehrlich Contest zusammenfinden. Humanmedizinstudierende, die noch nicht das 2. Staatsexamen absolviert haben, messen ihre Kräfte, ihr Wissen und ihre Nerven. Unter ihnen natürlich auch das Charité-Team, das schon jetzt unter der Leitung von Prof. Dr. van der Giet trainiert. Der Wettbewerb geht über zwei Tage: In den Vorrunden am Donnerstag qualifizieren sich sechs Teams für den Endausscheid am Freitag. Und natürlich wird der Contest nicht ohne einen gemeinsamen Abschluss und eine feierliche Preisvergabe enden. Unter dem Dekanat von Prof. Dr. Axel Pries und der Prodekanin für Studium und Lehre, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, und unter der inhaltlichen Leitung von Prof. Dr. Markus van der Giet findet der Wettbewerb wieder in Berlin statt (zur Geschichte: Kasten 2).

Helfen Sie mit, den Paul Ehrlich Contest möglich zu machen! Für all die kleinen und großen Posten rund um den Contest werden noch Sponsoren gesucht, die wir herzlich zum Zuschauen und Feiern einladen (Ansprechpartnerin PD Dr. med. K. Vogt: Konstanze.Vogt@charite.de).

Weitere Informationen unter: <http://www.paul-ehrlich-contest.de/>

Dr. Frauke Glöckner
Charité – Universität Medizin



Foto: A. Schunk

Virchow Contest 2015 – Die Blickdiagnosen

Die Spielrunden

1. Blickdiagnosen

Pro Runde zwölf Bilder mit radiologischen oder mikroskopischen Aufnahmen, diagnostischen Verfahren wie EKG oder EEG, Bilder zu verschiedenen Krankheitsbildern, aber auch Strukturformeln oder medizinische Geräte. Bei richtiger Antwort gibt es 30 Punkte, bei einer falschen werden 15 Punkte abgezogen.

2. Klinische Fälle

Der Fall wird durch eine Vignette eingeleitet. Das erste Team kann eine Diagnostik anfordern, aber das kostet (von 5 Pkt. z.B. für einen Laborwert bis zu 30 Pkt. für ein CT mit Kontrastmittel oder eine Biopsie). Für die richtige Diagnose gibt es 250 Punkte, für eine Fehldiagnose werden 125 Punkte abgezogen. Wird nicht gelöst, darf das nächste Team diagnostische Überlegungen anstellen und eine Diagnose wagen.

3. MC-Fragen

Die MC-Fragen orientieren sich am medizinischen Wissen, das bis zum 2. Staatsexamen erworben werden sollte, und sind mit ihren Fächerschwerpunkten nach Studienjahren geordnet:

- (1) Biologie, Chemie, Med. Psychologie, Med. Soziologie, Physik
- (2) Anatomie, Biochemie, Physiologie
- (3) Klinische Chemie, Mikrobiologie, Pathologie, Pharmakologie, Virologie
- (4) Anästhesiologie, Chirurgie, Dermatologie, Innere Medizin, Radiologie
- (5) Gynäkologie, HNO, Neurologie, Orthopädie, Pädiatrie, Psychiatrie

Bei richtiger Antwort gibt es zwischen 30 und 100 Punkte, bei einer falschen wird die halbe Punktzahl abgezogen.

4. Differentialdiagnosen

Bei diesem neuen Aufgabentyp werden 3-4 Bilder jeweils 30 Sekunden eingeblendet. Die Teams erhalten dazu einen Fragebogen, den sie parallel bearbeiten. Zu jedem Bild ist der pathologische Befund zu benennen. Nach den Bildern müssen eine Verdachtsdiagnose, wichtige Differentialdiagnosen, weiterführende Diagnostik und Behandlungsmöglichkeiten eingetragen werden. Max. 100 Punkte sind hier erreichbar.

5. praktische Aufgaben

Bei den Vorrunden ist jeweils eine praktische Aufgabe vorgesehen, bei der Endrunde zwei. Die Aufgaben können aus allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit stammen oder auch aus den Grundlagenfächern. Diese Aufgabe kann bis zu 300 Punkten bringen.

Zur Geschichte

Als Benjamin Franklin Contest 1998 am gleichnamigen Campus in Steglitz als Wettbewerb studentischer Teams verschiedener Medizinischer Fakultäten ins Leben gerufen.

Ab 2012 als Goethe Contest von der Goethe-Universität Frankfurt am Main als bundesweiter Wettbewerb ausgerichtet.

Wiederbelebung der Berliner Tradition studentischer Wissenswettbewerbe als Virchow Contest nach der erfolgreichen Teilnahme des Berliner Teams beim Goethe Contest 2014.

Ab 2016 alternierende Ausrichtung des bundesweiten Wettbewerb studentischer Teams verschiedener Medizinischer Fakultäten an der Charité und der Goethe-Universität Frankfurt am Main als Paul Ehrlich Contest.

Gesundheitsgefahren durch Asbest

Ein vom Collegium Ramazzini kürzlich veröffentlichtes Positionspapier unterstützt die Bemühungen der WHO und einer Reihe von Gesundheitsschutzorganisationen zur weltweiten Elimination asbestbedingter Erkrankungen. Letzteren fallen weltweit nahezu 200.000 Menschen jährlich zum Opfer.

Von Xaver Baur

Nach Hochrechnungen ist bis zum Ende eines weltweiten Asbestverbotes von zehn Millionen Toten infolge der Anwendung dieser industriellen

Fehlentwicklung auszugehen (Takala 2015). Aktuell wird in einer Reihe von Schwellenländern von der nach wie vor einflussreichen, heute von russischen

Unternehmen dominierten Asbestindustrie die Anwendung des nicht minder gefährlichen Weißasbests mit Erfolg propagiert. Dabei ist durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt, dass die angeblich sichere Anwendung von Weißasbestprodukten in der Realität nicht erfolgt und dass neben Erkrankungen von beruflich Exponierten infolge der Umweltkontamination Mesotheliome in der Allgemeinbevölkerung auftreten.

Siehe hierzu Positionspapier: [www.collegiumramazzini.org/download/18_EighteenthCRStatement\(2015\).pdf](http://www.collegiumramazzini.org/download/18_EighteenthCRStatement(2015).pdf)

Collegium Ramazzini

Das Collegium Ramazzini ist eine internationale unabhängige Vereinigung von 180 Wissenschaftlern und Klinikern aus 35 Ländern, welche sich dem Gesundheitsschutz bei der Arbeit und in der Umwelt widmet. Seit seiner Gründung durch Prof. Dr. Irving Selikoff, Mount Sinai Hospital, New York, und Prof. Dr. Cesare Maltoni, Bologna, im Jahre 1982 stehen dabei Gesundheitsgefahren durch Asbest im Fokus.

Weitere Informationen unter:
www.collegiumramazzini.org

Auch wenn in Deutschland die Anwendung und der Verbrauch von Asbest 1993 untersagt wurde (EU-weit erst 2005), wird der Gipfel der asbestbedingten Erkrankungen aufgrund der im Mittel 30- bis 40-jährigen Latenzzeit hierzulande erst jetzt erreicht. Probleme gibt es in Deutschland aktuell einerseits durch eine restriktive Berufskrankheitenanerkennung, andererseits durch die letztendlich nach wie vor nicht abschließend geregelte Sanierung der zu mehr als zwei Dritteln asbestbelasteten, in der Nachkriegszeit gebauten Gebäude.

Zwei weitere Positionspapiere des Collegium Ramazzini befassen sich mit der Diagnostik, Zusammenhangsbegutachtung und Entschädigung von asbestbedingten Erkrankungen. Hierbei werden auf Seiten der für die enormen Krankheitskosten und Renten aufzukommenden, früher Asbest anwendenden Unternehmen bzw. deren Versicherungen nicht selten restriktive, klinisch und wissenschaftlich nicht begründbare Hürden aufgebaut. Dies geschieht unter Mitwirkung abhängiger Wissenschaftler, auch Ärzte, mit der Konsequenz der häufigen Ablehnung von gut begründeten Entschädigungsansprüchen von Asbestopfern. Ein Beispiel hierfür ist die vor allem in Italien und den USA weit verbreitete Ablehnung der Anerkennung und Entschädigung des malignen Mesothelioms als Berufskrankheit. Dabei wird vorgegeben, dass ausschließlich die initiale, also die besonders

lange zurückliegende Asbestexposition (die damaligen Unternehmen existieren größtenteils nicht mehr und können nicht mehr belangt werden) zur Entstehung eines Mesothelioms beiträgt. Diese durchsichtige Argumentation, die mit einer fehlerbehafteten Publikation (LaVecchia und Boffetta) untermauert wird, ist in mehreren eingehenden Arbeiten widerlegt worden.

www.collegiumramazzini.org/download/Causation_Malignant_Mesothelioma_Comments%282015%29.pdf

Das dritte Positionspapier beschäftigt sich mit der vorwiegend in Deutschland anzutreffenden Über- und Fehlbewertung der Zählergebnisse von Asbestkörpern und -fasern im Lungengewebe, die nicht selten im Gegensatz zu der eingehend erhobenen Arbeitsvorgeschichte stehen. Ein geringer oder sogar fehlender Asbestnachweis ist nämlich infolge des sog. Fahrerflucht-Phänomens kein verlässlicher Indikator einer als weit zurückliegenden, oftmals irrtümlich als nicht relevant angesehenen Asbest-Exposition. Von Bedeutung ist ferner, dass das Endstadium der Asbestose, die Wabellunge, histo-morphologisch und radiologisch das Muster einer unspezifischen Usual Interstitial Pneumonia (UIP) aufweist und sich dabei nicht von der idiopathischen Lungenfibrose (Idiopathic Pulmonary Fibrosis; IPF) unterscheidet. In diesem Zusammenhang wird auf die häufige Anwendung einer restriktiven Modifikation der histo-pathologischen Kriterien der Asbestose (CAP/PPS- oder Roggli-Pratt-Modifikation), anstelle der bisher gültigen und von unabhängigen Pathologen weiterhin angewendeten CAP/NIOSH-Definition verwiesen [8]. In dieser modifizierten Fassung werden ohne Begründung und ohne eine wissenschaftliche Basis frühe pathologische Veränderungen in den peripheren Atemwegen nun nicht mehr dem Grad 1 der Asbestose, sondern dem Normalbefund Grad 0 zugeordnet [9]

[www.collegiumramazzini.org/download/Helsinki_Consensus_Abestos_Comments\(2015\).pdf](http://www.collegiumramazzini.org/download/Helsinki_Consensus_Abestos_Comments(2015).pdf)

Das Collegium Ramazzini schlussfolgert:

- Die Anwendung vorgenannter unwissenschaftlicher Annahmen und diagnostischer Kriterien führt zur Nichterkennung asbestbedingter Erkrankungen und damit zum Versagen der Unfallversicherungssysteme in Bezug auf eine sachgerechte Entschädigung, ferner zur Fehleinschätzung asbestbedingter Gesundheitsrisiken und Verhinderung geeigneter Präventionsmaßnahmen.
- Entscheidend für die zutreffende Diagnose einer durch Asbest verursachten Erkrankung ist nicht die Anzahl der Weißasbestfasern oder Asbestkörper im Lungengewebe, sondern die sorgfältig erhobene Arbeitsvorgeschichte zur Asbestgefährdung durch einen erfahrenen Arzt, ggf. ergänzt durch die Expositions-Abschätzung eines erfahrenen Sicherheitstechnikers.

Das Collegium Ramazzini zeigt sich insgesamt tief besorgt darüber, dass fehlerhafte Aussagen zur ungerechtfertigten Verweigerung der Entschädigung von Asbestopfern beitragen und dadurch auch die Bemühungen zur sachgerechten Diagnostik und zu einem weltweiten Asbestverbot untergraben werden.

Literatur

1. Takala J. Eliminating occupational cancer. *Industrial health* 2015; 53: 307-309
2. BMAS. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013.
3. La Vecchia C, Boffetta P. Role of stopping exposure and recent exposure to asbestos in the risk of mesothelioma. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation* 2012; 21: 227-230
4. Magnani C, Agudo A, Gonzalez CA et al. Multicentric study on malignant pleural mesothelioma and non-occupational exposure to asbestos. *British journal of cancer* 2000; 83: 104-111
5. Pinto C, Novello S, Torri V et al. Second Italian consensus conference on malignant pleural mesothelioma: state of the art and recommendations. *Cancer treatment reviews* 2013; 39: 328-339
6. Wolff HV, T.; Oksa, P.; Rantanen, J.; Vainio, H. Consensus report Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations. http://www.sjweh.fi/show_abstract.php?abstract_id=3462 SJWEH 2014, DOI:
7. Baur X. Asbest: Der Kampf um einen effektiven Arbeitsschutz, das Asbestverwendungsverbot und eine gerechte Kompensation der Asbestopfer. (9/11/2015);
8. Hammar SP, Abraham JL. Commentary on pathologic diagnosis of asbestosis and critique of the 2010 Asbestosis Committee of the College of American Pathologists (CAP) and Pulmonary Pathology Society's (PPS) update on the diagnostic criteria for pathologic asbestosis.
9. Baur X. Sozialjuristische und wissenschaftliche Kontroversen sowie Fehlinterpretationen im Kontext mit der weltweiten Asbesttragödie - Was ist daraus zu lernen? (2015).

Verfasser:

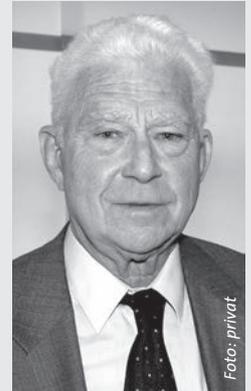
Prof. Dr. med. Xaver Baur
Mitglied des Collegium Ramazzini
Institut für Arbeitsmedizin
Charité Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 69, 14195 Berlin
xaver.baur@charite.de
www.eomsociety.org

In memoriam Rudolf Hünemohr

Am 13. März 2016 starb Rudolf Hünemohr, der erste Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe des heutigen Humboldt-Klinikums in Berlin-Reinickendorf. Er wurde am 4. Juli 1926 in Berlin-Charlottenburg geboren. Nach dem Abitur 1944 trat er noch seinen Dienst in der Kriegsmarine an, aus der Hünemohr 1945 aus britischer Kriegsgefangenschaft entlassen wurde. Es folgten Übergangsarbeiten als Bauhilfsarbeiter und als ungelernter Krankenpfleger. 1946 konnte er sich als Medizinstudent an der Humboldt-Universität zu Berlin immatrikulieren und 1949 bestand er das Physikum. 1952 folgten das Staatsexamen und die Approbation sowie 1953 die Promotion an der Freien Universität Berlin. Der damaligen Zeit entsprechend erhielt Hünemohr 1954 Vollapprobation und konnte seine Assistenzarztzeit im Evangelischen Johannes-Stift Spandau beginnen. Im gleichen Jahr heiratete er Dr. Gisela Hartmann.

Von 1955-1957 arbeitete er als Assistenzarzt im Krankenhaus Pfalzburger Strasse der Krankenversicherungsanstalt Berlin in Wilmersdorf. Von 1957-1961 war Dr. Hünemohr Assistenzarzt der Frauenklinik Kreuzberg unter der Leitung der Stoeckel-Schülerin Dr. Gerda Marggraff. 1961 wechselte Dr. Hünemohr als I. Assistenzarzt an die Frauenklinik Moabit der Freien Universität Berlin (Direktor: Prof. H. Lax), wo er Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe wurde. Schon bald betraute Prof. Lax ihn mit Oberarztvertretungen. Ab 1962 übernahm Hünemohr sogar mehrfach kommissarisch die Klinikleitung bis zur Übernahme des Direktorates der Universitäts-Frauenklinik Moabit durch Prof. Dr. Georg Hörmann. 1964 erfolgte die offizielle Ernennung zum Oberarzt und 1965 die Bestellung zum Fürsorgearzt im Bezirk Tiergarten. 1969 wurde Dr. Rudolf Hünemohr nach der Berufung Prof. Hörmanns an das Universitätsklinikum

Steglitz zum kommissarischen Leiter der Städtischen Frauenklinik Moabit ernannt. Die Geschichte der Frauenklinik in Moabit ist bekannt. 1985 erfolgte die Ernennung Hünemohrs zum Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im neubauten Humboldt-Klinikum am Nordgraben. 1989 ging Rudolf Hünemohr hochverehrt von seinen Kollegen und Mitarbeitern in den Ruhestand. Prof. Jürgen Strecker wurde sein Nachfolger. Die Berliner Frauenärzte verlieren mit Rudolf Hünemohr einen Kollegen, der sich mit Ruhe und Augenmaß der Frauenheilkunde in Berlin widmete.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. h. c. mult.
Andreas D. Ebert

ZB MED droht Schließung

Der Senat der Leibniz-Gemeinschaft hat nach Abschluss einer wissenschaftlichen Evaluierung Mitte März 2016 der Gemeinsamen Wissenschaftskonferenz (GWK) empfohlen, die finanzielle Förderung der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin in Köln und Bonn (ZB MED) einzustellen. Die Leibniz-Gemeinschaft verbindet 88 selbständige Forschungseinrichtungen, die sich gesellschaftlich, ökonomisch und ökologisch relevanten Fragen widmen. Aufgrund ihrer gesamtstaatlichen Bedeutung fördern Bund und Länder die Institute der Leibniz-Gemeinschaft gemeinsam.

Laut der Stellungnahme des Senats der Leibniz-Gemeinschaft war die ZB MED bereits bei der Begutachtung im Jahr 2012 kritisch beurteilt worden, weshalb sie nun erneut evaluiert wurde. Damals habe den Sachverständigen unter anderem eine erkennbare Strategie gefehlt, mit der sich die ZB MED von einer klassischen Bibliothek

hin zu einem modernen Fachinformationszentrum entwickle. Jetzt erklärte der Senat, dass die 2012 geforderte konzeptionelle Erneuerung bislang nicht stattgefunden habe. Zwar sei die Bibliothek, wie empfohlen, in die rechtliche Selbständigkeit überführt und auch die Organisationsstruktur verbessert worden, eine schlüssige Gesamtstrategie, die inhaltlich den Wandel deutlich mache, habe sie aber nicht entwickelt. Die Empfehlung kommt nicht nur für die 119 Mitarbeiter völlig überraschend. Auch die Fachwelt, wie das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM), der Verein zur Förderung der Technologiebewertung im Gesundheitswesen (HTA.de) und die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) haben diese mit Verwunderung zur Kenntnis genommen. In einer gemeinsamen Pressemitteilung erklärten sie, dass die Einstellung der Förderung nicht nur ein herber Verlust für alle Institutionen und

Personen sei, die sich in Deutschland der Umsetzung einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung verschrieben haben, sondern auch den im SGB V verankerten gesetzlichen Auftrag zur Evidenzbasierung der Versorgung gefährden würde. Derzeit stellt die ZB MED als größte deutsche Bibliothek im Medizinbereich die zentrale Infrastruktur für die Recherche nach und die Beschaffung von medizinisch-wissenschaftlichen Informationen dar. Der Wegfall ihrer Angebote würde die Erarbeitung von wissenschaftlichen Grundlagen für Entscheidungsprozesse in der Medizin und verwandten Arbeitsgebieten auf das Schwerste behindern.

Um die überregional wichtige Einrichtung zu erhalten, hat Rudolf Mummenthaler, Professor für Bibliothekswissenschaft an der HTW Chur, eine Online-Petition gestartet, die an die Gemeinsame Wissenschaftskonferenz gesendet wird. Diese soll am 24. Mai 2016 über die weitere Finanzierung entscheiden. Informationen und die Online-Petition finden Interessierte unter: www.change.org/p/keepzbmed

*Was sonst noch passierte ...***Parthenogenese ist es nicht**

Bisher glaubte man trotz aller Fortschritte in der Reproduktionsmedizin, dass die männlichen Wesen – eigentlich nur deren Keimdrüsen – für die Erhaltung der Art unentbehrlich seien. Einige müssen nun ganz tapfer sein, aber das scheint nicht mehr zu stimmen: Ein Team um den chinesischen Biologen Jiahao Sha (Universität Nanjing) hat jetzt gezeigt, dass mit Hilfe von modulierten Stammzellen Spermien erzeugt werden können, die in der Lage sind, sich mit einer Eizelle zu vereinigen und einen entwicklungsfähigen Embryo entstehen zu lassen. Da die Stammzellen durchaus von einem weiblichen Individuum stammen können, sogar von dem, das auch die Eizelle ge-

spendet hat, haben wir hier einen bemerkenswerten Sachverhalt: Das weibliche Individuum ist von sich selbst schwanger. Der eine oder andere mag erleichtert sein, dass das Ganze bisher nur mit Mäusen funktionierte.

Die chinesischen Forscher mussten obendrein einen besonderen Trick anwenden, um der multipotenten Stammzelle – die auch einem weiblichen Individuum entstammen könnte – den Drive zu geben, sich zu einem Spermium zu entwickeln. Sie badeten die Stammzelle in Testosteron und betteten sie in Hodengewebe ein. Wenn sich die Stammzellen aus den sogenannten ips-Zellen entwickeln lie-

ßen, wären sie mit den Keimzellen des Stammzellspenders identisch – vorausgesetzt er wäre männlichen Geschlechts. Wenn es sich um eine Stammzellspenderin handelte, käme der obengenannte Vorgang der Selbstbefruchtung zustande. Parthenogenese ist das nicht, denn dieser Begriff ist in der Biologie für die Vermehrung durch unbefruchtete Keimzellen reserviert.

Der Jurist Jochen Taupitz, Mitglied des Ethikrates, hält ein derartiges Vorgehen für zulässig. Ein erfahrener Reproduktionsmediziner, Heribert Kentenich, würde in dem Fall, dass eine Frau von sich selbst schwanger werden will, einen Psychologen hinzuziehen. Wie beruhigend. Vielleicht wäre auch jemand aus der Psychiatrie hilfreich?

Idm