

BERLINER ÄRZTE

05/2017 54. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Taktik Täuschung Transparenz

Wie die Pharmaindustrie versucht,
die Arzneimittelbewertung
zu beeinflussen.





Foto: S. Rudat

Mit Elmar Wille gab es keine Kompromisse. Das war nicht nötig. Auch wenn die ärztliche Welt, in der er groß geworden war, eine andere ist als meine – 10 Jahre Altersunterschied und seine langjährige Tätigkeit als niedergelassener Augenarzt in Einzelpraxis – sind die Gemeinsamkeiten groß. Wir beide werden getragen vom Bedürfnis nach Gerechtigkeit und von ärztlicher Haltung und Werten – gerade auch in der Standespolitik. Auch bei neuen und ungewohnten Themen – die ÄKB ist gerne Vordenker und Wegbereiter – gab es mit Elmar Wille nach ausgiebiger Erörterung und Diskussion praktisch immer einen Konsens. Das ist in der Politik selten. Umso erfreulicher, dass es 18 Jahre lang gut funktioniert hat.

1999 wurden wir beide in unsere Ämter gewählt; über vier Legislaturperioden sogar mit der Besonderheit, dass nicht der Vertreter der damals größten Fraktion in der DV, die Allianz, sondern der Unterzeichner als Vertreter des damals kleineren Marburger Bundes zum Präsidenten gewählt wurde. Auch aus diesem Grund war die Position des Vizepräsidenten der ÄKB hervorgehoben und privilegiert. Klugheit und Fingerspitzengefühl im Umgang mit politischen Gremien und Listen sind hervorstechende Eigenschaften von Elmar Wille. Erfolgreich verhandeln war für ihn normal.

Der praktischen Arbeit in der Kammer war dies sehr förderlich. In wenigen Jahren wurde unter gemeinsamer Füh-

DANKE!

rung die ÄKB hauptamtlich und organisatorisch professionell aufgestellt. Der Rat unseres Hauses ist von hoher Kompetenz und auf allen Ebenen gefragt. Nicht zuletzt bei der Diskussion über die Reform der GOÄ, die Elmar Wille maßgeblich initiiert hat, zeigen sich u.a. auch die Stärken unserer Rechtsabteilung, die mit großer Akribie und Sachverstand die Sachstände der Diskussion analysiert und für die politische Diskussion vorbereitet hat. Hinter guten Chefs stehen gute Mitarbeiter.

Nicht erhalten konnte er die Einheit der konservativen Verbände und Organisationen innerhalb der Liste Allianz. Ursprünglich von Vertretern unterschiedlicher, vor allem wert-konservativer Listen gebildet, die aus allen Sektoren der Patientenversorgung kamen, hat sich zunächst der Hartmannbund als eigenständige Liste und im Vorfeld der Wahlen zur Vertreterversammlung der KV Berlin auch der NAV-Virchowbund aus der Liste der Allianz gelöst. Die jetzige Liste Allianz hat viele Schnittmengen mit der Facharzt-Liste innerhalb der KV. Dort sind andere Themen vorherrschend. Auch die Umgangsformen in der früheren KV scheinen gänzlich andere als in der Ärztekammer Berlin zu sein.

Die neue Vizepräsidentin, Dr. Regine Held, niedergelassene HNO-Ärztin in

Weißensee, tritt nun das zweithöchste Amt im Vorstand der ÄKB an. Als Mitglied des Kammervorstandes seit 1999 kennt sie die Arbeit, die die Ärztekammer Berlin in hohem Maße angesehen und wirkungsvoll gemacht hat. Mit dem Nachrücker im Vorstand, Dr. Matthias Blöchle, kommt Verstärkung durch den Blickwinkel des niedergelassenen fachärztlichen Spezialisten. Beide sind herzlich eingeladen, sich neu bzw. weiterhin an der Arbeit der Ärztekammer konstruktiv, offen und partnerschaftlich zu beteiligen.

Nach 18 Jahren als Vizepräsident der Ärztekammer Berlin hat Elmar Wille sich aus persönlichen Gründen aus der Position im Vorstand verabschiedet. Er bleibt der Ärztekammer als Mitglied der Delegiertenversammlung und als Vorsitzender der Vertreterversammlung des Versorgungswerks erhalten. Ich danke Dir, Elmar, – auch stellvertretend für den Vorstand, unseren Geschäftsführer Michael Hahn und für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin – für unsere sehr gute Zusammenarbeit!

Dr. med. Günther Jonitz

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Unruhiger Patient



Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist das regionale, einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 31 Berliner und 2 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern.

Eine Pflegekraft berichtet folgendes

Ereignis:

Ein älterer Herr (über 80-jährig) wurde auf Station aufgenommen. Im Verlauf des Aufenthaltes in den beginnenden Nachtstunden wurde der Patient immer verwirrt, aggressiver und gewalttätiger gegenüber den Pflegekräften, verbal wie nonverbal. In der ersten Nacht blieb der Patient in Absprache mit dem diensthabenden Arzt auf der Station, so dass die Pflegekraft sich nicht um alle anderen Patienten und Tätigkeiten kümmern konnte. Am Folgetag war der Patient unauffällig bis zu den Abendstunden. Dann zeigte sich wieder das gleiche Bild wie am Vorabend. Nach erfolglosen Therapieversuchen (mit sedierenden Medikamenten) bestand das Pflegepersonal darauf, den Patienten zu verlegen, da „er peripher nicht mehr zu führen war“. Der diensthabende Arzt hielt Rücksprache mit der Intensivstation, die die Übernahme zunächst verweigerte. Letztendlich wurde der Patient dennoch übernommen.

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

Ein Patient wird – Einweisungsdiagnose unbekannt – auf einer Station aufgenommen, an zwei Tagen hintereinander wird er zur Nacht hin unruhig und aggressiv. Vielleicht bestand eine leichte kognitive Einschränkung des älteren Herrn, die durch die Situation im Krankenhaus dekompenzierte und alle Beteiligten mit der Situation überforderte und – Mitpatienten eingeschlossen – belastete. Begriffe wie „Altersdelir“ waren vor nicht allzu langer Zeit völlig unbekannt. Heute werden immer häufiger Patienten mit leichten bis schweren kognitiven Einschränkungen zur Behandlung körperlicher

Erkrankungen ins Krankenhaus aufgenommen. Die Erkrankung selbst, die unbekannt Umgebung, fremde Gesichter, ein hohes Tempo und vieles andere mehr tragen dazu bei, dass sich die kognitiven Funktionen der betroffenen Patienten bis hin zu einem Delir verschlechtern können. Auch operative Eingriffe und medikamentöse Maßnahmen können zu einem Delirium führen.

Die zunehmende Zahl älterer, multimorbider und dementer Patienten ist eine Herausforderung für alle Krankenhäuser. Meist sind weder Pflege- noch ärztliches Personal für die Betreuung dieser Patienten gut vorbereitet. Grundsätzlich ist es für die Kliniken unerlässlich, sich dieses Themas anzunehmen und ein Gesamtkonzept zu erarbeiten, um der steigenden Anzahl betroffener Patienten durch Vorbeugung bzw. rechtzeitiges Erkennen adäquat begegnen zu können.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Der Umgang mit diesem Patientenkontext ist eine strategische Herausforderung. Dabei geht es nicht primär um Regelungen, in welchem Bereich des Krankenhauses diese Patienten am besten versorgt werden, sondern um Maßnahmen zur Vermeidung von Situationen wie im Bericht beschrieben. Mancherorts gibt es bereits Initiativen, die hier genannt werden sollen:

- So gibt es Weiterbildungen zur Fachkraft für Demenz im Krankenhaus (für Pflegekräfte konzipiert). Die qualifizierten Fachkräfte sollen das Krankenhaus beraten, durch welche Anpassungen von Strukturen und Prozessen ältere Menschen besser im Krankenhaus versorgt werden können, sowie Mitarbeitende wie Angehörige schulen.

- Der „Wegweiser Demenz“ macht mit Unterstützung der Bundesregierung auf so genannte demenzsensible Krankenhäuser aufmerksam und informiert Angehörige von Demenzkranken, wie sie helfen können, die Versorgung der Patienten zu verbessern.¹
- In einer aktuellen Studie konnte gezeigt werden, dass der Einsatz eines speziell geschulten „Delirpflegers“, die Anwendung pflegerischer Maßnahmen, die postoperative Begleitung sowie die kognitive Aktivierung bei älteren und kognitiv eingeschränkten Patienten zu einer Reduktion des Risikos für ein postoperatives Delir führten.²
- Im Jahr 2016 wurde der Preis des Aktionsbündnis Patientensicherheit an das Berliner Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge für sein Demenz-Delir-Projekt verliehen: So werden alle Patienten über 70 Jahre bei der Aufnahme auf mögliche Gedächtnisstörungen untersucht, um Patienten mit Demenz erkennen zu können. Allen Mitarbeitern steht mit einer „Delir-Pocket-Card“ eine kurz gehaltene Information über das Delir zur Verfügung, die helfen soll, Verschlechterungen zu erkennen, ein Delir zu vermeiden und eingetretene Verwirrtheitszustände zu behandeln.³
- Seit 2015 gibt die multiprofessionelle S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ Hinweise zu Prävention und Management eines Delirs.⁴

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

Kontakt:

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

¹ <https://www.wegweiser-demenz.de/informationen/im-krankenhaus/demenzsensibles-krankenhaus.html>

² <http://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=169319>

³ Mehr dazu unter <http://www.keh-berlin.de/de/sensibel-fuer-demenz>

⁴ http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012l_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf



TITELTHEMA



EDITORIAL.....

DANKE!

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

Regine Held zur neuen Vizepräsidentin gewählt

Bericht von der Delegiertenversammlung
am 5. April 2017

Von Sascha Rudat.....24

Solide Finanzlage der Berliner Ärzteversorgung

Bericht von der Vertreterversammlung der
Berliner Ärzteversorgung am 6. April 2017

Von Sascha Rudat.....25

CIRS: Wie man aus Beinahe-Schaden klug werden kann

Bericht vom 2. Berliner CIRS-Symposium
Von Adelheid Müller-Lissner und
Christa Markl-Vieto Estrada.....27

Ein Jahr Kinderschutzambulanzen in Berlin – eine Zwischenbilanz

Von Matthias Brockstedt.....29

Zur Situation psychisch kranker obdachloser Menschen

Von Norbert Hümbes.....32

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin: Keuchhusten

Von Claudia Ruscher.....34

TAKTIK TÄUSCHUNG TRANSPARENZ

Wie die Pharmaindustrie versucht, die Arzneimittelbewertung zu beeinflussen.

Von Adelheid Müller-Lissner.....14

FORTBILDUNG.....

In memoriam Dieter Janz.....38

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....4

Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin.....21

FEUILLETON.....

PERSONALIEN.....

Helmut Hahn zum 80. Geburtstag...37

Stille Post

Fotoausstellung von Herlinde Koelbl im
Museum für Kommunikation

Von Adelheid Müller-Lissner.....39

6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin: Ist „maximale“ Medizin optimal?

Unter dem Stichwort „preventing overdiagnosis“ (Vermeidung von Überdiagnose) wird international diskutiert, wie gute Indikations- und Behandlungsqualität erreicht wird, auch ohne alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vollständig auszuschöpfen.

Vom medizinischen „can do“ hin zu „mehr Arzt und weniger Medizin“ für das individuell Sinnvolle. Die Ärztekammer Berlin veranstaltet zum sechsten Mal in Folge und in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am

23. September 2017
9.00 bis 17.00 Uhr

ihren Fortbildungskongress. Wie in den vorangegangenen Jahren wird ein aktuelles Thema der Patientenversorgung aufgegriffen und für Interessierte in ansprechender Weise und gleichzeitig auf höchstem Niveau umfassend und praxisbezogen dargestellt. Der 6. Fortbildungskongress stellt Ihnen verschiedene Techniken zur Vermeidung von Überdiagnose vor und vermittelt Ihnen Fertigkeiten, dieses Ziel zu erreichen. In Workshops haben die Teilnehmer die Möglichkeit, eigene Fragen mit

den Referenten und Teilnehmern zu besprechen. Dialog ist uns wichtig.

Die Medizin ist heute leistungsfähiger als jemals zuvor. Umso drängender stellt sich die Frage, ob alles diagnostisch und therapeutisch Machbare auch für den einzelnen Patienten sinnvoll und wünschenswert ist. Überdiagnose liegt beispielsweise dann vor, wenn Menschen ohne Symptome eine Diagnose für eine Krankheit erhalten, durch die ihnen kein Schaden droht. Gleichzeitig müssen sie mit den Folgen dieser teilweise bedrohlichen Diagnose umgehen. So entsteht letztlich mehr Schaden als Nutzen.

Eine andere Form der Überdiagnose findet statt, wenn Definitionen von Krankheiten ausgeweitet werden und Menschen mit eigentlich gesundheitlich unbedenklichen Problemen plötzlich zu Kranken werden – mit allen damit für sie verbundenen negativen Folgen. Der Kongress will unter verschiedenen Gesichtspunkten die Frage beleuchten, wie Ärzte gemeinsam mit ihren Patienten zu Entscheidungen kommen, die zu einer optimalen, individuellen Behandlungsqualität führen.

Die Organisatoren des 6. Fortbildungskongresses setzen sich daher zum Ziel,

- „sauberes Wissen“ zu „preventing overdiagnosis“ zu vermitteln und einen fundierten Einstieg in das komplexe Thema anzubieten,
- die aktuelle Entwicklung zu beleuchten und Ärzten Tipps und Techniken mit auf den Weg zu geben, mit denen sie Mechanismen, die zu Überdiagnose führen, durchschauen und vermeiden können,
- die Souveränität der Ärzte zu stärken, sich auf ihre Kernkompetenzen zu besinnen und gemeinsam mit dem Patienten Entscheidungen zu fällen, die diesem einzelnen Patienten am meisten nützen,
- Ärzte zu befähigen, durch angemessene gemeinsame Entscheidungen zu einem besseren Arzt-Patienten-Verhältnis zu kommen.

„Sauberes Wissen“ als Leitthema

Das Leitthema des 1. Fortbildungskongresses in 2012, „Sauberes Wissen in der Medizin“, ist programmatisch für die Kongressreihe und als Motivation seiner Organisatoren zu verstehen. Der

„unabhängige ärztliche Sachverstand“ und der Austausch über aktuelles, gesichertes medizinisches und ärztliches Wissen frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter steht im Mittelpunkt. Insbesondere diese Unabhängigkeit hat in den vergangenen Jahren für viele begeisterte Kongressteilnehmer gesorgt.

Interessierte Ärztinnen und Ärzte sind herzlich eingeladen, sich einen Tag lang im engen Kontakt mit den Referenten zu konkrete Fragen und Aufgabenstellungen aus der ärztlichen Praxis auszutauschen und praxisorientierte Lösungen zu erarbeiten. Neben einleitenden Fachvorträgen haben sie wieder die Gelegenheit, aus verschiedenen Seminaren für sie interessante Themen auszuwählen und zu vertiefen.

Das ausführliche Programm erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de/FB-Kongress2017

Für den persönlichen Kontakt steht Ihnen Frau Nehrkorn mit allen Informationen zum 6. Fortbildungskongress auch telefonisch zur Verfügung – zu erreichen unter: 030/40806 1211.

Die Niere von Zimmer sechs – die Ärztekammer Berlin beim Hauptstadtkongress 2017



Beim Hauptstadtforum Gesundheitspolitik, dem Dach des Hauptstadtkongresses, werden die aktuellen gesundheits- und gesell-

schaftspolitischen Entwicklungen diskutiert. Hier kommen die Teilnehmer des Managementkongresses Krankenhaus Klinik

Rehabilitation, des Deutschen Pflegekongresses und des Deutschen Ärzteforums zusammen, die alle freien Zutritt zum Hauptstadtforum Gesundheitspolitik haben.

Auch die Ärztekammer Berlin und ihre Vertreter sind beim diesjährigen Hauptstadtkongress, der vom 20. bis 22. Juni 2017 stattfindet, wieder aktiv.

So wird sich Kammerpräsident Dr. med Günther Jonitz an der Veranstaltung mit dem bildhaften Titel „Die Niere von Zimmer sechs – können wir uns Menschenwürde im Gesundheitswesen noch

leisten?“, die am Mittwoch, den 21. Juni 2017 von 11.30 bis 13.00 Uhr stattfindet, beteiligen.

Mit dem Vortrag „Mehr Zeit für Patienten“ wird er sich am Donnerstag, den 22. Juni von 9.00 bis 10.30 Uhr in der Veranstaltung „Factor Zeit – planbare Arbeitszeit, mehr Zeit für Patienten und Weiterbildung“ einbringen.

Lesen Sie mehr zum Hauptstadtkongress 2017 in der kommenden Ausgabe von BERLINER ÄRZTE der Ärztekammer Berlin.

Weitere Informationen: www.hauptstadtkongress.de

eHealth – Chancen und Risiken der digitalen Gesundheit für den ärztlichen Arbeitsplatz

Am 16. März 2017 fand in der Ärztekammer Berlin die vom Marburger Bund initiierte Veranstaltung mit 50 zumeist ärztlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmern statt. Auf dem Podium trafen sich unter der Moderation von Dr. Kai Sostmann, Vorstand MB Berlin-Brandenburg, Dr. Peter Bobbert, Landesvorsitzender des MB Berlin-Brandenburg, Armin Ehl, Geschäftsführer des Bundes MB, Dr. Philipp Stachwitz, ehemaliger Referent der Bundesärztekammer für Telematik und Dr. Alexander Schachinger, Geschäftsführer der ePatient GmbH. Der Mittelpunkt der Veranstaltung war die zunehmende Verbreitung von eHealth-Anwendungen im ärztlichen Arbeitsalltag. Die daraus entstehenden Chancen und Risiken sollten diskutiert werden, um Wege für eine sinnvolle und zukunftsorientierte Implementierung von digitalen Technologien und Szenarien in den ärztlichen Arbeitsalltag aufzuzeigen.

Dr. Schachinger schilderte zu Beginn die Entwicklung der Digitalisierung auf Seiten der Patienten. Seine Umfragen belegten, dass Gesundheitsinformationen online zu suchen, zu finden und auszuwerten, sich längst durch alle Altersgruppen gleichermaßen

zieht und vor allem bei chronisch kranken Patienten umfassend genutzt wird. Zudem wünschen Patienten weiterhin primär Gesundheitsinformationen von ihren Ärzten vermittelt zu bekommen.

Dr. Stachwitz betonte die Unvermeidbarkeit des beruflichen Umgangs mit diesen Technologien. Eine positive Grundhaltung im Hinblick auf die Chancen der Nutzung digitaler Werkzeuge müssten in den Vordergrund gestellt werden. Zudem müsste die Ärzteschaft zukünftig vehement darauf achten, dass die digitalen Entwicklungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und nicht allein zur verbesserten Ökonomisierung der Medizin genutzt werden. Hierbei dürfe aber auch nicht die Problematik des Datenschutzes vergessen werden, die in vielen Belangen der digitalen Entwicklungen noch nicht hinreichend berücksichtigt seien. Auch müsse man sich die Frage stellen, ob ein zu eng angelegter Datenschutz auch nützliche Errungenschaften ausbremsen oder verhindern kann.

PD Dr. Peter Bobbert gab zu bedenken, dass der ärztliche Arbeitsalltag bereits seit Jahren geprägt wird durch die Digitalisie-

rung. Wie andere Berufe auch wird die technologische Entwicklung den Arztberuf zukünftig erheblich verändern. Vorherzusagen, wie ein Arztalltag in 20 bis 30 Jahren aussehen könnte, gleicht einem Blick in die Glaskugel. Umso bedeutender sei, dass die Ärzteschaft die digitalen Entwicklungen aktiv mit gestaltet und es nicht zulässt, dass medizinferne Berufe hier die Hoheit der Lenkung übernehmen. Es liege zudem wesentlich in der Verantwortung der Ärzteschaft, digitale Gesundheitsanwendungen wissenschaftlich zu bewerten und mit evidenzbasiertem Wissen, Empfehlungen zu geben, die zum Beispiel über eine Positivistik der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden könnten.

Armin Ehl sprach die Bedeutung des Einflusses der digitalen Mittel auf den Arbeitsalltag eines Arztes an. Es müsse darauf Wert gelegt werden, die Handhabbarkeit der digitalen Mittel dem Arztberuf anzupassen. Das Tempo, in dem digitale Entwicklungen den medizinischen Alltag beeinflussen, dürfe nicht dazu führen, dass die Ärzteschaft überrollt wird durch unkontrollierbare Veränderungen. Auch

müsste stets darauf hingewiesen werden, dass die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens nicht durch digitale Errungenschaften aufgehoben werden könne.

Der MB-Landesverband will das Thema eHealth als Konzept der digitalen Gesundheit inhaltlich weiterführen. Das ist uns wichtig, um uns schon jetzt mit unseren Kolleginnen und Kollegen über die rechtlichen, Arbeitsplatzspezifischen und auch tariflichen Rahmenbedingungen abzustimmen.

Uns ist klar, eHealth ist kein Zukunftsthema sondern muss von uns JETZT aktiv für die Ärzteschaft gestaltet werden. Dafür haben wir einen Arbeitskreis „Digitale Gesundheit“ gegründet, in den sich alle interessierten Kolleginnen und Kollegen einbringen können. (Anfragen an: kaisostmann@posteo.de). Die Digitalisierung im Gesundheitswesen wird ein Leitthema unserer Hauptversammlung und des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg sein. Wir als Landesverband werden uns mit unseren Anträgen und Beiträgen aktiv in den Prozess einmischen.

Kai Sostmann

Hepatitis: Impfücken bei Männern, die Sex mit Männern haben

Das RKI, das Landesamt für Gesundheit und Soziales und die Berliner Gesundheitsämter informieren:

Hepatitis A-Ausbrüche bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, wurden in der Vergangenheit wiederholt aus mehreren Ländern berichtet. In Berlin ereignet sich aktuell ein großer Hepatitis A-Ausbruch, der vorwiegend Männer, die Sex mit Männern haben betrifft. Für Berlin sind seit Mitte November 2016 bis einschließlich Anfang April bereits mehr als 90 Hepatitis A-Erkrankungen an das Robert Koch-Institut übermittelt worden. Zu 88% sind Männer im Alter zwischen 20 und 60 Jahren (medianes Alter: 32 Jahre) betroffen und nach Angaben aus der intensivierten Surveillance sind darunter überwiegend MSM.

Das Robert Koch-Institut, die Berliner Gesundheitsämter und das Landesamt für Gesundheit und Soziales untersuchen in Kooperation mit Ärzten des Arbeitskreises AIDS niedergelassener Ärzte Ber-

lin e.V. diesen Ausbruch, um gezielt Maßnahmen für die Intervention abzuleiten und ihn zu kontrollieren.

Die Hepatitis A kann als fäkal-orale Schmierinfektion z.B. beim Analsex übertragen werden. Die Verwendung von Kondomen kann die Übertragung von Hepatitis A-Viren nicht verhindern, da auch hierbei ein hohes Infektionsrisiko durch Kontakt zu Fäkalspuren bestehen bleibt. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt daher die Hepatitis A-Impfung für Personen mit einem Sexualverhalten mit hoher Infektionsgefährdung. Die bisherigen Ergebnisse der Ausbruchsuntersuchung deuten darauf hin, dass in Deutschland bei MSM die empfohlene Hepatitis A-Impfung nicht ausreichend umgesetzt wird und weiterhin beachtliche Impfücken bestehen. Daher bitten wir die behandelnden Ärzte, bei ihren männlichen Patienten, die Sex mit Männern haben, den Impf- bzw. Immunstatus zu überprüfen und ggf. gegen Hepatitis A zu impfen.

Eine Hepatitis A-Impfung ist auch bei einer HIV-Infektion unbedenklich und wirksam.

Um im Rahmen der aktuellen Infektionsgefährdung einen schnellen Impfschutz zu erreichen, wird empfohlen, einen monovalenten Hepatitis A-Impfstoff (Vaqta®50, Havrix®1440) zu verwenden.

Mit einer 1-maligen Impfung sind die geimpften Personen bereits innerhalb von 2-4 Wochen nach der Impfung ausreichend geschützt. Um einen Langzeitschutz zu gewährleisten, sollte eine 2. Dosis 6 bis 18 Monate nach der 1. Dosis verabreicht werden. Außerdem wird für Kontaktpersonen von Hepatitis A-Erkrankten (z.B. Haushaltskontakte, Sexualpartner) eine postexpositionelle Impfung mit monovalentem Hepatitis A-Impfstoff bis zu 2 Wochen nach Kontakt empfohlen.

Gegenwärtig wird weltweit über aktuelle Hepatitis A-Ausbrüche in der MSM Population berichtet. Durch die hohe Mobilität und das

sexuelle Risikoverhalten in dieser Gruppe besteht die Gefahr einer fortgesetzten Infektionsausbreitung. In Europa wurde neben Deutschland aus England, den Niederlanden, Spanien und Portugal über ähnliche Häufungen berichtet. Innerhalb Deutschlands beschränkt sich der Hepatitis A-Ausbruch vornehmlich auf Berlin, jedoch wurden vereinzelt auch aus anderen Großstädten Hepatitis A-Fälle unter MSM berichtet.

Weitere Informationen:

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HepatitisA.html

http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/02/Art_02.html

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=22709>



Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Krankenhaus Waldfriede

Dr. Jürgen Kluth ist seit dem 1. Februar 2017 neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie im Krankenhaus Waldfriede. Der gebürtige Möchengladbacher tritt damit die Nachfolge von PD Dr. Irit Nachtigall an. Als Spezialist für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin unterstützt Dr. Kluth die Entwicklung und den weiteren Ausbau der Intensivstation sowie der Notaufnahme und die OP Organisation.

Vivantes Klinikum Neukölln

Am 1. Februar 2017 nahm Prof. Dr. Sabine Aisenbrey ihre Tätigkeit als Chefarztin der Klinik für Augenheilkunde am Vivantes Klinikum Neukölln auf. Sie tritt die Nachfolge von Prof. Dr. Duy -Thoai Pham an. Die neue Chefarztin ist eine ausgewiesene Expertin in der operativen und medikamentösen Therapie des gesamten Spektrums der Erkrankungen der vorderen und hinteren Augenabschnitte. Ihr operatives Spektrum umfasst die Operation der getrübten Augenlinse (Kataraktchirurgie), Operationen der Netzhaut- und der Makula (Vitrektomie), Operationen bei Glaukom (s.g. grüner Star), die Transplantation der Hornhaut sowie Operationen bei Augenverletzungen. Darüber hinaus ist sie Expertin für die Chirurgie von Augenerkrankungen im Kindesalter wie den kindlichen Katarakt, das angeborene Glaukom oder die Netzhautablösung bei Kindern.

Vivantes Klinikum Am Urban

Am 1. April 2017 startet Dr. Tobias Pottek als Chefarzt einer neu geschaffenen Position für rekonstruktive Urologie und Geschlechtsinkongruenz am Vivantes Klinikum Am Urban. Der spezialisierte Bereich ist Teil der Klinik für Urologie, die von den Chefarzten Prof. Dr. Ahmed Magheli und PD Dr. Stefan Hinz geleitet wird.

Dr. Tobias Pottek wuchs in Hagen/Westfalen auf und studierte in Bochum und Essen Medizin. Seine chirurgische und urologische Ausbildung begann er im Bundeswehrkrankenhaus Detmold. Nach dem ärztlichen Dienst in der Luftverteidigung in Ostwestfalen kehrte er nach der Wende in den klinischen Bereich zurück. Seine Facharztausbildung führte er an den Bundeswehrkrankenhäusern in Hamburg und Berlin sowie am Asklepios Klinikum Hamburg Harburg fort. Als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt arbeitete er am Bundeswehrkrankenhaus in Hamburg und nahm in dieser Zeit in leitender Funktion an internationalen Einsätzen der NATO (z.B. SFOR und KFOR) teil. 2007 gründete er eine Urologische Klinik am Regioklinikum in Wedel, bevor er 2009 zu Asklepios wechselte.

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

Fortbildung

Fragen und Antworten: Verordnung von medizinischen Cannabis

Die Ärztekammer Berlin plant für Juni 2017 eine dreistündige Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Verordnung von medizinischem Cannabis“.

Die Änderung der gesetzlichen Bestimmungen im März dieses Jahres wirft Fragen auf, die an dieser Veranstaltung lösungsorientiert diskutiert werden.

Alle Informationen und das Anmeldeformular erhalten Sie demnächst auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de

Der elektronische Arztausweis (eA): Informations-Update

Der elektronische Arztausweis ist kostenpflichtig und nicht zu verwechseln mit dem einfachen – gänzlich gebührenfreien – Arztausweis (Mitgliedsausweis)! Weitere Informationen zu beiden Ausweistypen erhalten Sie auf unserer Homepage.

Zur Erinnerung

Der elektronische Arztausweis (eArztausweis) ist der Zugang zur elektronischen Gesundheitskarte. Er vereint den klassischen Sichtausweis mit einer digitalen Signatur, einer elektronischen Identifikation sowie einer Funktion zur Ver- und Entschlüsselung. Mit Inkrafttreten des eHealth-Gesetzes am 1. Januar 2016 hat der Gesetzgeber erstmals verpflichtende Anwendungen für Vertragsärzte zum Einsatz des eArztausweises vorgesehen. Zusätzlich bestehen optionale Einsatzmöglichkeiten, ebenfalls beschränkt auf Vertragsärzte.

Die Ärztekammer Berlin gibt die eArztausweise heraus. Sie greift hierbei auf sog. Zertifizierungsdiensteanbieter (ZDA) zurück, die die Karten herstellen, aussenden und verwalten. Für ihre Leistungen erhebt der derzeit auf dem Markt aktive ZDA medisign GmbH 7,90 Euro monat-

lich vom Karteninhaber. Die Leistungen der Ärztekammer Berlin im Zusammenhang mit dem eArztausweis sind hingegen gebührenfrei.

Aktuelle Entwicklungen eArztbrief-Schreibung

Der Gesetzgeber hatte Anreize zur Anwendung des eArztausweises vorgesehen. Die elektronische Arztbriefschreibung sollte mit 55 Cent pro versandtem Brief gefördert werden. Die Einzelheiten der Gestaltung wurden der KBV und dem GKV-Spitzenverband überlassen. Diese haben im Dezember 2016 entschieden, dass die vorgesehene Vergütung zwischen Sender (28 Cent) und Empfänger (27 Cent) aufgeteilt wird. Mit dieser Entscheidung ist kein wirksamer Förderanreiz gesetzt worden. Zudem bestehen besondere technische Herausforderungen: Zum einen muss das jeweilige Praxisverwaltungssystem (PVS) eArztbrief-tauglich gemacht werden;

dafür ist ein ggf. kostenpflichtiges Update erforderlich. Des Weiteren muss die eArztbrief-Software durch die KBV zertifiziert werden. Bislang haben leider erst wenige PVS-Hersteller den Zertifizierungsprozess abgeschlossen. Schließlich muss ein sicheres Verschlüsselungsverfahren gewährleistet werden, ebenso eine sichere Empfängerauswahl. Beides bietet zwar der Kommunikationsdienst KV-Connect im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK). Die Zugangswege zum SNK, KV-SafeNet und KV-FlexNet, verursachen aber ebenfalls Anschlussaufwand und Kosten.

Pflichtanwendungen Medikationsplan & Notfalldaten

Als Pflichtanwendungen des eArztausweises sind ab dem 1. Januar 2018 das Notfalldatenmanagement und der elektronische Medikationsplan vorgese-

hen. Bislang befand sich die technische Umsetzung beider Anwendungen „im Plan“. Da es aber nun bei den beteiligten Industrieunternehmen zu Verzögerungen gekommen ist, kann aktuell nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass die vom Gesetzgeber vorgesehenen Fristen verschoben werden.

Digitale Vordrucke

Eine neue und optionale Möglichkeit für den vertragsärztlichen Einsatz des eArztausweises ist die Erstellung und Versendung von digitalen Vordrucken: Dies betrifft zunächst ab dem 1. April 2017 die elektronischen Überweisungsscheine für Telekonsile und für Laboruntersuchungen ab dem 1. Juli 2017. Weitere Vordrucke sollen folgen. Zu den Abrechnungsmodalitäten erkundigen Sie sich bitte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin.

Fortsetzung Seite 12



Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin bleibt auf niedrigem Vorjahresniveau

Die Zahl der Behandlungsfehlervorwürfe in Berlin ist auf dem niedrigen Niveau des Vorjahres geblieben. Im Jahr 2016 gingen 503 neue Vorwürfe aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin bei der gemeinsamen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover ein (2015: 498 Anträge). Zuvor war die Zahl der Vorwürfe zwei Jahre in Folge gesunken. Von diesen Anträgen und den noch nicht abschließend entschiedenen Fällen aus den Vorjahren konnten 484 Fälle erledigt werden. In 220 Fällen konnte das Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt werden, weil die Verfahrensvoraussetzungen

nicht vorlagen (u. a. Nichtzuständigkeit, fehlende Zustimmung der Antragsgegner, Antragsrücknahme, anhängige Zivil- oder Strafprozesse). Von den verbliebenen 264 geprüften Fällen wurden 67 mit der Anerkennung eines Behandlungsfehlers abgeschlossen, in 197 Fällen wurde die Anerkennung abgelehnt. Das entspricht einer Anerkennungsquote von 25,38 % (2015: 29,15 %). 471 Fälle aus dem Bereich der Ärztekammer Berlin konnten 2016 von der Schlichtungsstelle nicht abschließend bearbeitet werden, sodass sie mit in dieses Jahr übernommen werden.

Berliner Behandlungsfehlerstatistik 2012 - 2016*

	2012	2013	2014	2015	2016
Bestand aus dem Vorjahr	460	416	457	488	452
Neueingänge	484	561	515	498	503
Erledigungen	528	520	484	534	484
Wegen fehlender Verfahrensvoraussetzungen keine Prüfung möglich	197	209	206	239	220
Geprüfte Fälle	331	311	278	295	264
Davon begründete Ansprüche	92	97	77	86	67
Behandlungsfehlerquote bei den geprüften Fällen	27,79 %	31,19 %	27,70 %	29,15 %	25,38 %
Kein Nachweis für schuldhaften Behandlungsfehler	239	214	201	209	197

*auf Basis der durch die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen untersuchten Fälle.

Anlässlich der bundesweiten Behandlungsfehler-Statistik ist der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, erfreut, dass das für die Patienten kostenfreie, außergerichtliche Schlichtungsverfahren so gut angenommen wird und hohe Akzeptanz findet. „Das sieht man auch daran, dass die Anerkennung eines Behandlungsfehlers durch die Gutachter von den Beteiligten zu rund 90 % akzeptiert wird“, erklärte Jonitz.

Das Ergebnis der Auswertung der Behandlungsorte (Versorgungsebenen) zeigt, dass die Fälle mit 73,9 % aus dem Klinikbereich (ambulant/stationär, Belegärzte, Rehabilitationseinrichtungen) stammen, während der niedergelassene Bereich (auch Medizinische Versorgungszentren) mit 26,1 % beteiligt war. Die häufigsten Diagnosen, die 2016 in Berlin zur Anrufung der Schlichtungsstelle führten, waren Arthrosen, Zehen-/ Fingerdeformitäten, degenerative Kniebinnenschäden sowie Frakturen (Schulter und Oberarm sowie Hand und Handgelenk). Im Klinikbereich und im niedergelassenen Bereich sind unterschiedliche Fehlerarten festzustellen: Fehlerschwerpunkte im niedergelassenen Bereich lagen bei der

operativen Therapie (Durchführung) mit 19,0 %, der bildgebenden Diagnostik mit 16,7 %, der allgemeinen Diagnostik (Labor/Zusatzuntersuchungen 11,9 %, Anamnese/ Untersuchung 7,1 %) sowie in der Pharmakotherapie und in der Indikationsstellung (jeweils 9,5 %). Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete im niedergelassenen Bereich waren 2016 die Unfallchirurgie/Orthopädie mit 32,1 %, die hausärztliche Tätigkeit mit 13,6 %, die Frauenheilkunde mit 8,6 %, die Allgemeinchirurgie mit 7,4 %, die Augenheilkunde mit 4,9 % sowie die Kardiologie mit 3,7 %.

Fehlerschwerpunkte im Klinikbereich lagen bei der operativen Therapie (Durchführung) mit 27,6 %, in der Indikationsstellung mit 15,8 %, der allgemeinen Diagnostik (bildgebende Verfahren 11,8 %, Anamnese/Untersuchung 10,5 %, Labor/Zusatzuntersuchungen 3,9 %) sowie mit 6,6 % in der Pharmakotherapie. Die am häufigsten beteiligten Fachgebiete 2016 im Klinikbereich waren die Unfallchirurgie/ Orthopädie mit 31 % und die Allgemeinchirurgie mit 10,5 %, die Innere Medizin, die Frauenheilkunde, Neurochirurgie, HNO mit jeweils unter 10 %.

Fortsetzung von Seite 11

eArztausweis jetzt – Ja oder Nein?

Sie benötigen den eArztausweis derzeit noch nicht zwingend. Ob es sinnvoll ist, ihn bereits jetzt zu erwerben, hängt von Ihren Einsatzwünschen und -möglichkeiten ab. Bitte beachten Sie Folgendes:

1. Der Kartenhersteller nimmt für den eArztausweis Geld, und zwar monatlich; es besteht eine mindestens zweijährige Vertragsbindung. Bitte informieren Sie sich vorab umfassend über die Vertragsbedingungen des Kartenherstellers!
2. Der eArztausweis bzw. seine Anwendungen erfordern ein kompatibles PVS. Ggf. ist die Zertifizierung des PVS durch die KBV erforderlich. Zudem funktioniert der eArztausweis nur mit einem Kartenlesegerät, einer Anwendungssoftware sowie einer Signaturanwendungskomponente. Sprechen Sie bitte vorab mit Ihrem Praxisverwaltungssystemhersteller über Möglichkeiten, Aufwand und Kosten!
3. Der Einsatz der eArztausweis-Anwendungen und ihre Abrechnung bedürfen in der Regel eines Zugangs zum SNK. Fragen Sie dazu bitte vorab bei Ihrer KV an!

Bitte legen Sie das Thema nicht weg! Halten Sie sich auf dem Laufenden! Wir werden das Unsere dazu tun und Sie auch weiterhin informieren.

Service-Telefon

Weitere Informationen zum eArztausweis und zur Herausgabe erhalten Sie auf unserer Homepage www.aekb.de unter [Ärzte > Mitgliedschaft > eArztausweis](#) oder über unser Service-Telefon eArztausweis unter der Durchwahl 40806 -25 30.

Hintergrund

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 gemeinsamen 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.

Voraussetzung für die Durchführung eines Schlichtungsverfahrens ist zunächst die Zustimmung des betroffenen Patienten, des Haftpflichtversicherers und des betroffenen Arztes oder des Krankenhausträgers. Eine Kommission, die mindestens aus einem ärztlichen und einem juristischen Mitglied besteht, prüft den medizinischen Sachverhalt der beanstandeten Behandlung auf Grundlage beigezogener Krankenunterlagen. Grundsätzlich ist die Einholung eines externen Sachverständigengutachtens vorgesehen. Abgeschlossen wird das Verfahren mit einer Entscheidung, die sowohl das Ergebnis der medizinischen Begutachtung als auch das der juristischen Prüfung einbezieht. Dies unterscheidet das Verfahren der norddeutschen Schlichtungsstelle von anderen Schlichtungsverfahren. In geeigneten Fällen kann ein Regulierungsvorschlag unterbreitet werden. Dem Patienten steht danach noch der Rechtsweg offen. Verjährungsfristen werden durch das Schlichtungsverfahren nicht beeinflusst.

Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte – „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ und „Sicher kommunizieren - erfolgreich motivieren“

Kurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ ab September 2017

Die Ärztekammer Berlin plant, ab dem 4. September 2017 einen weiteren Fortbildungskurs nach dem Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ anzubieten.

Kursangebote „Sicher kommunizieren – erfolgreich motivieren“ ab Juni 2017

Die Ärztekammer Berlin bietet ab Juni 2017 insgesamt sechs Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sicher kommunizieren - erfolgreich motivieren“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen an. Die Veranstaltungen richten sich auch an Absolventen anderer medizinischer Fachberufe sowie anderer Gesundheitsberufe. Personen, die über hinreichende Berufserfahrung in einem der vorgenannten Berufe verfügen, können ebenfalls an den Kursen teilnehmen. Die Fortbildungsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden!

FORTBILDUNGSREIHE „SICHER KOMMUNIZIEREN - ERFOLGREICH MOTIVIEREN“

Wahrnehmung und Motivation *

Termin: 19.06.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 19.05.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung; Motivation und Bedürfnisse; Patienten und betreuende Personen zur Mitwirkung motivieren; Besonderheiten spezifischer Patientengruppen

Kommunikation und Gesprächsführung *

Termin: 26.06.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 26.05.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. Techniken der Kommunikation; Gesprächsführung, insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen; Telefonkommunikation; Konfliktlösungsstrategien; Sich mit der Berufsrolle auseinandersetzen; Nähe-Distanz-Regulierung; Notwendigkeit kollegialer Reflexion

Interaktion mit chronisch Kranken *

Termin: 17.07.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 16.06.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. Interaktionsmuster; Methoden und Techniken des Interviews; Besonderheiten chronisch Kranker; Vereinbarungen, Verbindlichkeiten, Absprachen; Beziehungsmanagement

* Der Fortbildungskurs beruht auf einem Curriculum der Bundesärztekammer und kann z. B. auf die Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ im Umfang von 8 Stunden angerechnet werden.

Professionell und zielgerichtet telefonieren

Termin: 14.09.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 14.08.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. Das Bild der Praxis am Telefon; Kompetent wirken und Sicherheit vermitteln; Motivation des Patienten; Umgang mit als schwer erlebten Situationen; Umgang mit Forderungen des Patienten; Umgang mit als schwierig erlebten Patienten

Kommunikation mit Kindern

Termin: 19.10.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 19.09.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. Entwicklungsaspekte von Kindern zwischen vier und zwölf Jahren; Grundregeln für das Gespräch mit Kindern; Gesprächsführung je nach Alter; Einbeziehung der Eltern

Kommunikation mit älteren Menschen und Menschen mit demenziellem Syndrom

Termin: 09.11.2017

Kursentgelt: 80 €

Anmeldefrist: 09.10.2017

8 KURSSTUNDEN, Kursinhalte: z. B. mit älteren Menschen und Menschen mit Demenz in Kontakt kommen; Emphatische und eindeutige Gesprächsführung; Bedeutung der nonverbalen Kommunikation und der Sprachmelodie kennen und einsetzen können

Alle Kursveranstaltungen finden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt.

Die Anmeldeunterlagen für das neue Kursangebot „NP 2017“ sowie die weiteren Fortbildungsveranstaltungen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter: www.aerztekammer-berlin.de.

Gerne beraten wir Sie auch individuell unter der Telefonnummer 030/40806-2636.

Änderungen vorbehalten!

TAKTIK

Um die „frühe Nutzenbewertung“ neuer Arzneimittel durch G-BA und IQWiG gibt es immer wieder Streit. Doch eines ist sicher: Der Zusatznutzen der Bewertungen für verordnende Ärztinnen und Ärzte besteht in Informationen und Einblicken, die Publikationen in Zeitschriften allein nicht erlauben. Die volle Dateneinsicht ist allerdings hart erkämpft.

Von Adelheid Müller-Lissner



TÄUSCHUNG

TRANSPARENZ

Bis zu 80 Prozent der bestehenden Regulierungen für die Zulassung neuer Medikamente seien unnötig. So urteilte der neue Präsident der USA schon kurz nach seiner Amtseinführung. Und versprach: „Wir werden die Regularien in einem Ausmaß zurechtstutzen, wie es bisher noch niemand gesehen hat – und wir werden einen großartigen Schutz für die Menschen haben.“

So großspurig das klingt – angesichts der ermüdend kompliziert wirkenden Regularien mag das Versprechen der Einfachheit für viele zugleich auch eine Verlockung bedeuten. Zumal die gesetzlichen Bestimmungen bei der Zulassung neuer Präparate keineswegs Halt machen. Im Anschluss geht es darum, ob und zu welchem Preis sie auf Kassenrezept verordnet werden dürfen.

In Deutschland ist am 1. Januar 2011 das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) nach § 35a SGB V in Kraft getreten. Es regelt unter anderem, wie die Preise für frisch zugelassene Arzneimittel gestaltet werden sollen, die zu Lasten der GKV verordnet werden können. Maßgeblich dafür ist, ob diese neuen Mittel Vorteile gegenüber Medikamenten haben, die zu diesem Zeitpunkt für die jeweilige Indikation auf Kassenrezept verschrieben werden.

Die Frage des „Zusatznutzens“ stellt sich also nur, wenn ein Arzneimittel bereits eine Zulassung besitzt. Für die Zulassung mussten die Herstellerfirmen allerdings keine Studien vorlegen, die die Überlegenheit des Neulings beweisen. Maßgeblich ist hier vielmehr – neben anderen Kriterien – die „Nicht-Unterlegenheit“ (Non-Inferiority) im Vergleich zu einer üblichen Standardtherapie.

Nicht nur der Preis ist heiß

Das Procedere, wenn es darum geht, auch die Frage der Überlegenheit zu klären: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im

Gesundheitswesen (IQWiG) damit, eine „frühe Nutzenbewertung“ für das neue Medikament zu erstellen, das IQWiG erarbeitet seine Bewertung anhand eines Dossiers, das die beantragende pharmazeutische Firma vorlegen muss. Der G-BA legt dafür eine „zweckmäßige Vergleichstherapie“ fest. Bevor der G-BA anhand der IQWiG-Bewertung einen Beschluss zum „Zusatznutzen“ fasst, der Eingang in die Arzneimittel-Richtlinie nehmen wird und auf dessen Grundlage die Preisverhandlungen zwischen pharmazeutischem Hersteller und der GKV beginnen, gibt es noch ein – schriftliches und mündliches – Stellungnahme-Verfahren. Unter anderem ist die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) durch den G-BA als Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis bestimmt worden. Erst wenn die Sachverständigen gehört wurden und der Beschluss des G-BA steht, beginnen die Verhandlungen um den Preis.

Streit gibt es oft allerdings schon zuvor. Die IQWiG-Bewertung zum Diabetes-Mittel Linagliptin ist dafür nicht das einzige Beispiel – möglicherweise aber ein besonders brisantes und instruktives. Es zeigt auf jeden Fall, dass bei der Bewertung der Teufel im Detail steckt.

Dem 2011 zugelassenen DPP-4-Inhibitor hat das Institut im Jahr 2012 in der Zweifachtherapie als Add-on zu Metformin auch beim zweiten Anlauf im Vergleich zu dem Sulfonylharnstoff Glimperid keine Vorteile bezüglich patienten-relevanter Endpunkte attestiert. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) wehrte sich: Sie hält es in einer Stellungnahme „nach der gegenwärtigen Datenlage für gesichert, dass Hypoglykämien, eine schwere, potenziell tödliche Komplikation, unter DPP-4-Inhibitoren erheblich seltener auftreten als unter Sulfonylharnstoffen“. Als Beleg dafür, dass das auch beim Vergleich des Standardpräparats Glimperid mit dem SPP-4-Hemmer Linagliptin so ist, gilt eine Studie von Baptist Gallwitz et al. aus dem Lancet 2012.

Das IQWiG moniert wiederum, dass in dieser Untersuchung für beide Gruppen unterschiedliche Behandlungsstrategien eingeschlagen wurden – weshalb der Vergleich nicht fair sein könne. Linagliptin wurde den Patienten nämlich in einer Standarddosierung gegeben, Glimperid dagegen wurde bis zur gewünschten glykämischen Wirkung forciert titriert. Dadurch kam es zu erheblichen Unterschieden in der Blutzuckersenkung zwischen den Behandlungsgruppen in der Anfangsphase der Studie. Möglicherweise unter Inkaufnahme anfänglicher Hypoglykämien? „Methodisch ist es im klinischen Alltag nicht möglich, für einen Sulfonylharnstoff eine Therapie ohne Titration an einen Blutzuckerzielwert durchzuführen“, entgegnet die Diabetes-Gesellschaft. Allein das sei schon ein Vorteil des neuen Medikaments.

Bei der DDG wünscht man sich, der G-BA möge die wissenschaftlichen Fachgesellschaften in strukturierter Form bei der Festlegung der „Standardtherapien“ einbeziehen. Grundsätzlich hält die DDG auch einen unabhängigen wissenschaftlichen Beirat zur medizinischen Plausibilitätskontrolle der AMNOG-Ergebnisse für sinnvoll, wie Dirk Müller-Wieland, Vizepräsident und Mediensprecher der Gesellschaft, im März bei einer Presseveranstaltung zum Thema sagte.

„Millionen von Verschreibungen später“

Der Streit geht im konkreten Fall immer wieder ins Detail, es geht bei ihm allerdings auch ums methodische Prinzip. „Wir behaupten keinesfalls, wir wüssten nun sicher, dass Linagliptin gegenüber der Standardtherapie keinen zusätzlichen Nutzen hat“, betont Beate Wieseler, Ressortleiterin Arzneimittelbewertung beim IQWiG. Nur sei er mit den Methoden der evidenzbasierten Medizin (EbM) bisher nicht belegt.

Ein Beispiel, das in einer solchen Lage zur Vorsicht mahnt, ist das Glitazon-Antidiabetikum Rosiglitazon, das in Deutschland



Foto: DDG

Dirk Müller-Wieland: Stärkere Einbeziehung der Fachgesellschaften erwünscht.

zuerst im Jahr 2000 unter dem Handelsnamen „Avandia“ auf den Markt kam. Es avancierte innerhalb weniger Jahre zum meistverkauften Diabetesmittel – und zum Namensgeber einer teilweise abgründig wirkenden Story.

Schon kurz nach der Zulassung hatte das pharmakritische arzneitelegramm (a-t) unter der Überschrift „Vorsicht: bedenkliche Neuerung“ Warnungen vor Leberschäden, Wassereinlagerungen und häufigeren Infarkten ausgesprochen. Neun Jahre später wiesen öffentlich gemachte interne E-Mails auf ein Verhalten hin, welches das a-t als „strategisches Verheimlichen von Daten durch den Konzern“ qualifiziert. Erst „Millionen von Verschreibungen später“, so kritisiert Fiona Godlee, Herausgeberin des BMJ, habe die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) wegen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit des Mittels individuelle Patientendaten zur (von der Firma auf Veranlassung der europäischen Zulassungsbehörde nachgereichten) RECORD-Studie angefordert. Bei ihrer detaillierten Analyse entdeckte die Behörde Fehler in der Durchführung der Studie, die das Mittel der Firma systematisch begünstigten. Das IQWiG bewertete im Jahr 2008 nach der Auswertung von 23 Studien die Glitazone Rosiglitazon und Pioglitazon als nicht ausreichend

untersucht, im Juni 2010 schloss der G-BA sie von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV aus.

Ebenfalls in diesem ereignisreichen Jahr hatte eine im BMJ veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit von Amy Wang und ihren Kollegen aus der Mayo-Clinic im amerikanischen Rochester ergeben, dass in 202 von ihnen untersuchten Studien Befürworter von Roglitazon auffallend häufig finanzielle Zuwendungen von der Herstellerfirma erhalten hatten. Die Autoren sprechen von einer „klaren und engen Verbindung“ zwischen positiver Bewertung des Arzneimittels und solchen Verflechtungen. Sie sagen aber ausdrücklich auch, dass damit keine kausale Beziehung bewiesen sei. Auf jeden Fall sei es aber wichtig, noch strenger darauf zu achten, dass Forscherinnen und Forscher mögliche Interessenkonflikte offenlegen. Im konkreten Fall hatten nur 108 Autoren und Autorinnen Angaben dazu gemacht.

Gute Ergebnisse kommen in die Journale, schlechte bleiben geheim

Was die Firmen angeht, so ist dieselbe Transparenz hinsichtlich der Daten wichtig. Ein Beispiel dafür, dass sie bisweilen hart erkämpft werden muss, ist das Antidepressivum Reboxetin. Das musste das IQWiG feststellen, als es Informationen für die Bewertung sammelte: Knapp zwei Drittel aller in den Studien erhobenen Daten wurden von der Firma unter Verschluss gehalten und im Jahr 2009 erst auf öffentlichen Druck hin herausgegeben. Der Verlauf dieser Nutzenbewertung, die sich auch auf Bupropion und Mirtazipam erstreckte, zeigt nach Ansicht des IQWiG, „dass das Ziel einer validen Nutzenbewertung gefährdet wird, wenn bestehendes Wissen nicht verfügbar gemacht wird“.

Die Forderung nach Transparenz beschränkt sich jedoch nicht auf die unveröffentlichten Rohdaten publizierter Studien. Es geht auch um ganze Studien, die nie das Licht der Öffentlichkeit erblicken. Im letzten Jahr ergab dazu eine Untersuchung von Ruijun Chen

et al., deren Ergebnisse ebenfalls im BMJ veröffentlicht wurden: Nach Studienabschluss wurden selbst von Untersuchungen, die an akademischen Zentren der USA durchgeführt wurden, nur in 67 Prozent der Fälle Ergebnisse publiziert. Inzwischen ist längst hinlänglich belegt, dass positive Ergebnisse generell schneller und häufiger publiziert werden. Arzneimittel-Experten fordern seit langem, dass alle Studien zu Beginn registriert und innerhalb der Register später auch vollständige Berichte über die Studie zu lesen sein müssen – wozu es inzwischen in Europa und in den USA Ansätze gibt. Nur so kann man dem bekannten „Publication Bias“ etwas entgegen setzen.

Transparenz statt Treu und Glauben

Doch zurück zu den umfassenden Datensätzen, die die Hersteller für die Bewertung des Zusatznutzens vorlegen müssen. Und damit zurück zum Diabetes-Medikament Linagliptin: In diesem Fall war dem Dossier nämlich zu entnehmen, dass die gefährlichen Unterzuckerungen unter Glimepirid fast alle zu Beginn der Studie auftraten und Folge besonders strenger Zielwerte waren.

„Ein großer Vorzug des Bewertungsverfahrens ist, dass die Hersteller verpflichtet sind, uns dafür zusätzliche entscheidungsleitende Informationen zukommen zu lassen“, sagt Wieseler. Sie wertet das als Gewinn für alle Ärzte, zumal in der Fachliteratur tendenziell ein zu rosiges Bild von neuen Arzneimitteln gezeichnet werde.

Einen besonders schnellen Überblick über das Verfahren des IQWiG zur frühen Nutzenbewertung und über alle bisherigen Bewertungen können sich eilige Ärzte unter www.gesundheitsinformation.de verschaffen. „Wir wissen inzwischen, dass die von uns gesammelten Informationen auch in anderen Ländern genutzt werden“, sagt Wieseler nicht ohne Stolz. Und sie vergisst nicht zu erwähnen, dass die einschlägigen Publikationen des IQWiG – im Unter-

schied zu einigen Veröffentlichungen des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – ohne Schwärzungen auskommen. „Glücklicherweise werden wir in dieser Hinsicht gesetzlich gut unterstützt.“

Belege für Zusatznutzen

Bis zum Herbst letzten Jahres hat das IQWiG 147 frühe Nutzenbewertungen nach dem AMNOG abgegeben. In 56 Prozent der Fälle konnte es dabei keinen Zusatznutzen erkennen. Eine Behörde, die – aus Prinzip oder um der GKV beim Sparen behilflich zu sein – allen Neuerungen einen Riegel vorschieben würde, ist das Institut deshalb aber keineswegs, wie die Statistik zeigt. Bei 11 Prozent der neu zugelassenen Arzneimittel wurde der Zusatznutzen als „erheblich“, bei 16 Prozent als „beträchtlich“, bei zehn Prozent immerhin als „gering“ und bei sieben Prozent als „nicht quantifizierbar“ eingestuft.

Ein jüngerer Beispiel für einen attestierten Zusatznutzen ist das Immuntherapeutikum Pembrolizumab zur Behandlung von nicht-kleinzelligen Karzinomen der Lunge. Aufgrund der „Keynote“-Studie 010, die 2015 im New England Journal of Medicine erschien, wurde Pembrolizumab zunächst für nicht-kleinzelligen Lungenkrebs zugelassen, der zuvor schon – ohne anhaltenden Erfolg – mit zellgiftigen Substanzen behandelt worden ist. In dieser Situation wirkt die Immuntherapie offensichtlich besser als eine zum Vergleich eingesetzte Standard-Chemotherapie, und sie wird zudem nicht mit ganz so gravierenden unerwünschten Wirkungen bezahlt. Im November letzten Jahres sah das IQWiG für die Substanz, die wie die Chemotherapie in Abständen als Infusion gegeben wird, deshalb Hinweise auf einen beträchtlichen Zusatznutzen. In diesem Jahr wurde Pembrolizumab (Handelsname: Keytruda) beim fortgeschrittenen Lungenkrebs nun auch als Alternative zur Erstlinien-Chemotherapie zugelassen. In der Keynote-024-Studie, die im Oktober 2016 ebenfalls im New England Journal of Medicine veröffentlicht wurde, hatte sich nämlich gezeigt, dass Patienten, die die



Dr. Beate Wieseler: IQWiG-Informationen werden auch in anderen Ländern genutzt.

Immuntherapie bekamen, vier Monate länger ohne Rückfall blieben als die Teilnehmer der Vergleichsgruppe mit Chemotherapie. Auf das Institut kommt also neue Arbeit zu. „Die Immuntherapien gegen Krebs sind eine relevante Entwicklung“, urteilt Wieseler, „und sie haben bisher in unserem Verfahren gut abgeschnitten“.

In ihren Augen ein eindeutiger Beleg dafür, dass das IQWiG – auch wenn seine Ergebnisse später für die Preisgestaltung maßgeblich sind – bei der Beurteilung nicht darauf achtet, ob es sich um teure Innovationen handelt. „Unser Verfahren belohnt einfach gute Daten.“ Inzwischen werden bei der frühen Nutzenbewertung schon neue Immuntherapeutika mit Standardtherapien verglichen, die selbst Immuntherapien sind.

Mit seinen Methoden zur frühen Nutzenbewertung würde das Institut gern noch mehr bewirken. So wünscht man sich, dass die Erkenntnisse auch in den Leitlinien der Fachgesellschaften größeres Echo finden. Im Oktober 2015 ermittelte das IQWiG, dass nur in drei von zwölf S3-Leitlinien, die nach Abschluss der jeweiligen AMNOG-Verfahren abgefasst wurden, auf die frühe Nutzenbewertung des G-BA Bezug genommen wurde.

Das Institut würde seine Expertise aber auch gern für die Bewertung von Medikamenten anbieten, die schon ein paar

Jahre länger zugelassen und auf dem Markt sind. „Wir würden auch für die vor 2011 zugelassenen Medikamente zur Verfügung stehen. Gerade für Arzneimittel, die gegen große Volkskrankheiten eingesetzt werden, ist das meiner Ansicht nach sehr wichtig“, sagt Wieseler. Doch die Bewertung der Mittel, die schon zum „Bestandsmarkt“ gehören, wurde vom Gesetzgeber mit dem 1. Januar 2014 eingestellt. Bundesärztekammer und AkdÄ bedauern das.

Sauberes Wissen als wichtige Ressource

Auch Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, hält das Instrument der Nutzenbewertung für ausgesprochen wichtig (siehe Interview Seite 18). Für Ärzte in Klinik und Praxis sei es besonders bedeutsam, dass das IQWiG für seine Arbeit auch auf die unveröffentlichten Daten zurückgreifen kann, die die Firmen in ihren Dossiers mit liefern müssen – und die das Bild oft in entscheidenden Punkten verändern.

„Sauberes Wissen ist die wichtigste Ressource in der Medizin“, sagt der Kammerpräsident, der sich gern einem Satz des großen Sir John Muir Gray anschließt: „Wissen ist der Feind der Krankheit.“ Es ist zugleich der Feind von Verschwendung im Gesundheitswesen. „Das Geld der Versicherten kann nur einmal ausgegeben werden“, mahnt Jonitz.

Die Forscher-Neugier darf schon deshalb nicht zu dem Zeitpunkt enden, an dem ein Medikament auf Kassenrezept zu haben ist. Wie wichtig neben einer soliden Postmarketing-Berichterstattung der Herstellerfirmen eine unabhängige Versorgungsforschung ist, die sich für den Einsatz neuer Mittel und Methoden unter Alltagsbedingungen interessiert, ist seit Jahren immer wieder zu hören und zu lesen.

Ein guter Wissensstand bemisst sich allerdings nicht an der schieren Menge vorliegender Studien, sondern an ihrer Qualität. Bewusst wählte das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin deshalb für



Foto: BÄK

Ein Gespräch mit Dr. med. Günther Jonitz,
Präsident der Ärztekammer Berlin

»Wir unterstützen die Politik bei ihrem Bemühen um „sauberes Wissen“.«

Welche Veränderungen wünschen Sie sich bei den Ärztinnen und Ärzten?

Ich wünsche mir mehr Skepsis gegenüber den Äußerungen der Industrie. Auch wenn der Pharma-Außendienst freundlich zu uns ist, ist den dort gelieferten Informationen eher nicht zu trauen. Die Kurzbewertung wissenschaftlicher Studien nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin (EbM) ist auch ohne großen Aufwand möglich und erhöht die ärztliche Unabhängigkeit. Bei der Verschreibung neuer Medikamente sollte explizit auf tatsächliche Wirkung und Nebenwirkungen geachtet werden.

Wie können die Kammern ihre Mitglieder dabei unterstützen?

Der unabhängige Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin inklusi-

ve dort angebotener Workshops zum Umgang mit wissenschaftlichen Informationen ist ein guter Anfang. Grundlagenkurse zur EbM sind hilfreich.

Als Beispiel eine Bemerkung nach einem solchen Kurs mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Sachsen-Anhalt: „Mit Pharmavertretern sind wir jetzt schneller fertig.“ Darüber hinaus sind Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit der AWMF die Träger des Nationalen Leitlinienprogramms. Diese Informationen sind verlässlich, die Kammern waren dabei Taktgeber. Wir unterstützen die Politik bei ihren Bemühungen um „sauberes Wissen“, zum Beispiel durch die Förderung des Cochrane-Instituts. Und gerne nehmen wir Anregungen für Themen des Fortbildungskongresses entgegen.

Herr Dr. Jonitz, als Kammerpräsident kämpfen Sie seit Jahren für ‚sauberes‘ medizinisches Wissen. Was muss sich dafür aus Ihrer Sicht bei der pharmazeutischen Industrie verändern?

Die Pharmaindustrie darf ihre Unternehmenspolitik nicht von der Marketing-Abteilung bestimmen lassen, sondern muss ihre Produkte wissenschaftlich begründet, auf transparenter Datenbasis, inklusive Zugang zu allen Studiendaten, in die Versorgung bringen. Aus der Not der Patienten ein Geschäft zu machen und im Marketing zum Teil illegale Methoden anzuwenden, untergräbt das Vertrauen in die gesamte Versorgung.

seinen diesjährigen Kongress im März in Hamburg das Motto „Klasse statt Masse“ – und den kritischen Untertitel „Wider die wertlose Wissenschaft“.

Pharmazeutische Unternehmen starten nach der Zulassung immer wieder auch „Post-Marketing-Studien“, denen wissenschaftlicher Wert nur schwer zuzusprechen ist: Im Jahr 2008 entlarvte eine Arbeitsgruppe um Kevin Hill die ADVANTAGE-Studie zu dem seit 1999 auf dem Markt befindlichen Refecoxib (Markenname: Vioxx) in den *Annals of Internal Medicine* schlicht als „Marketing framed

as Science“. Wie die Analyse von Firmendokumenten zeigte, war die Phase-IV-Studie, in der Vioxx gegen Naproxen antrat und die als gastrointestinale Sicherheitsstudie etikettiert war, von der Marketing-Abteilung der Firma geplant worden. Insgesamt wurden 600 Behandlerinnen und Behandler eingebunden. Die Dokumente belegen, dass es in Wirklichkeit darum ging, möglichst viele Niedergelassene möglichst früh in möglichst angenehmer Form mit dem neuen Mittel und seinen Einsatzmöglichkeiten gegen Arthritis bekannt zu machen.

Die Studie ist deshalb ein „Seeding-Trial“ – bestimmt dazu, bei den Ärzten den Samen für eine neue Bekanntschaft zu legen, aus der für den Hersteller ein blühendes Geschäft werden soll. Eine recht diskrete, nicht einfach zu durchschauende Strategie, um das Verschreibungsverhalten von Ärzten zu beeinflussen. Auch bei den *Annals of Internal Medicine*, die die kritische Analyse 2008 veröffentlichten, blieb sie unerkannt: Die – randomisierte – ADVANTAGE-Studie wurde hier im Jahr 2003 publiziert. Im konkreten Fall fiel der Begriff „Seeding



Fiona Godlee fordert mehr Qualität bei Post-Marketing-Studien.

Trial“ in firmeninternen Dokumenten, die später im Rahmen der Zivilprozesse wegen der kardiovaskulären Sicherheitsdaten des Präparats ans Licht kamen.

Woran ist diese Art von Etikettenschwindel zu erkennen? Schon im Jahr 1994 wurden im New England Journal of Medicine Merkmale von Studien aufgelistet, die die Alarmglocken in Sachen Seeding-Trial läuten lassen sollten: Das Medikament ist bereits zugelassen und hat harte Konkurrenz, das Design der Studie ist unangemessen, die Anforderungen an die Datenerfassung sind gering, es gibt unangemessen hohe Entschädigungen für die teilnehmenden Ärzte, die wiederum nicht aufgrund ihrer wissenschaftlichen Kompetenz ausgewählt werden. Und: Finanziert wird die Studie aus dem Marketing-, nicht aus dem Forschungs-Budget.

Problematische Anwendungsbeobachtungen

ADVANTAGE ist in dieser Hinsicht kein Einzelfall, wie eine aktuelle Untersuchung aus Deutschland zeigt. Ein Team um Angela Spelsberg, die Ärztliche Leiterin des Comprehensive Cancer Center in Aachen, hat in Zusammenarbeit mit Transparency International Germany in

Registern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach registrierten Anwendungsbeobachtungen gesucht. Sie konnten 558 Anwendungsbeobachtungen von 148 Firmen mit insgesamt 126.762 beteiligten Ärzten und über einer Million einbezogenen Patienten sichten und kamen im Februar dieses Jahres im BMJ zu einem eindeutigen Ergebnis: Nicht einmal ein Prozent der registrierten Studien wurden in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert. Keine einzige von ihnen war ein Bericht über unerwünschte Wirkungen der Arzneimittel. Generell seien die Untersuchungen auch zu klein, um im Sinne der Pharmakovigilanz der Entdeckung seltener Nebenwirkungen zu dienen, viele teilnehmende Ärzte hätten sich zudem gegenüber dem Sponsor zur Verschwiegenheit verpflichtet. Im Schnitt nahmen die Ärzte für ihre Bemühungen 2.000 Euro von der Hersteller-Firma in Empfang. Das ernüchternde Fazit der Autoren: „Post-Marketing-Studien verbessern die Überwachung zur Arzneimittel-Sicherheit nicht.“

Was tun?

Die Vorschläge, die Fiona Godlee 2010 in ihrem BMJ-Editorial anlässlich der Rosigitazon-Story machte, wirken immer noch aktuell: Von den Firmen müssen, erstens, Post-Marketing-Studien mit besserer Qualität eingefordert werden. Die Belege dafür, dass ein neues Mittel der Standardmedikation überlegen ist, müssen, zweitens, strengen Anforderungen genügen.

„Wird das zur weiteren Regulierung einer Pharmaindustrie führen, die viele schon als überreguliert betrachten?“, fragt Godlee – um die Frage mit einem klaren Ja zu beantworten. Im Unterschied zum amerikanischen Präsidenten findet sie das allerdings nötig und richtig. Man müsse aber zumindest darüber nachdenken, zum Ausgleich die Patente der Firmen zeitlich weiter ausdehnen. „Wir alle sind darauf angewiesen, dass der pharmazeu-

tische Sektor blüht und innovativ ist.“ Auch diese Feststellung ist sieben Jahre später hochaktuell: Dass dringend neue Medikamente gebraucht werden, hat zuletzt im Februar dieses Jahres die WHO in ihrem Statement zu Antibiotika-Resistenzen mit ihrem flammenden Appell deutlich gemacht, die Forschung zu neuen Antibiotika zu intensivieren. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AkdÄ, fordert, die Entwicklung neuer Arzneimittel müsse sich mehr am tatsächlichen Bedarf orientieren (siehe Interview auf Seite 20).

Bleibt, drittens, die Forderung, dass alle Daten aus Studien mit Menschen offen zugänglich sein sollten. Auch für die Firmen unvorteilhafte Daten. In seinem Editorial zu einer Arbeit, die den Informationsgewinn aus der frühen Nutzenbewertung beschreibt, hielt Peter Doshi, Mitherausgeber des BMJ, im Jahr 2015 ein flammendes Plädoyer für umfassende Transparenz. „Bis es so weit ist, sollten wir die deutsche Regierung dafür loben, dass sie uns dem ein Stück näher gebracht hat.“ Kein schlechtes Zwischenzeugnis.

Verfasserin

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin

Weitere Informationen: www.alltrials.net

In Kürze

- Rohdaten von Studien werden häufig nicht veröffentlicht.
- Positive Studienergebnisse werden schneller und häufiger publiziert.
- Studienregister könnten „Publication Bias“ verhindern.
- Frühe Nutzenbewertung des IQWiG erkannte bisher in über 50 % keinen Zusatznutzen.
- Anwendungsbeobachtungen meist von schlechter Qualität.



Foto: BÄK

Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und Chefarzt der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Tumorimmunologie und Palliativmedizin im Helios Klinikum Berlin-Buch.

»Nicht nur profitable Indikationen ins Visier nehmen«

Herr Professor Ludwig: Wenn eine gute Fee Ihnen die Erfüllung von drei Wünschen gewähren würde, die sich alle auf den Umgang mit neuen Medikamenten beziehen, was würden Sie sich als Vorsitzender der AkdÄ wünschen?

- VON DER PHARMAINDUSTRIE?

Die Aktivitäten der pharmazeutischen Unternehmer in Forschung und Entwicklung neuer Wirkstoffe sollten sich mehr am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientieren und nicht nur profitable Indikationen ins Visier nehmen. Angesichts der enormen Preisanstiege bei Spezialpräparaten (zum Beispiel in der Onkologie) müs-

sen die Kosten für Forschung und Entwicklung, etwa für klinische Studien, sowie Herstellung von Arzneimitteln transparent sein.

- VON DER POLITIK?

Bei neuen Arzneimitteln mit sehr hohen Preisen und geringem oder nicht belegtem Zusatznutzen sollte verpflichtend eine Kosten-Nutzen-Bewertung erfolgen. Die auch im Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung nicht berücksichtigte reguläre frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln zur Behandlung seltener Leiden (Orphan Drugs) – einem heute äußerst lukrativen Geschäftsbereich für pharmazeutische Unternehmer – sollte rasch erfolgen.

- VON IHREN KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN IN DER AMBULANTEN UND STATIONÄREN MEDIZIN?

Sie sollten den heute inflationär verwendeten Begriff „Arzneimittel-Innovation“ stets kritisch hinterfragen und sich bewusst machen, dass er meist als Synonym für ‚neues Arzneimittel‘ verwendet wird, häufig aber nicht therapeutischen Fortschritt bedeutet. Die sehr informativen Beschlüsse der Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln – hoffentlich bald in der Praxissoftware verständlich aufbereitet – sollten ebenso wie unabhängige Arzneimittel-Bulletins stärker genutzt werden.

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
04.05. – 06.05.2017 15.06. – 17.06.2017 14.09. – 16.09.2017 24.11.2017	Ärztliche Führung - ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Organisation und Anmeldung: Anke Andresen-Langholz, Tel.: 030 / 40806-1301; E-Mail: aerztliche-fuehrung@aekb.de	80 P
06.05.2017	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
22.05.-24.05.2017	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach ArbMedVV und G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 360 €	30 P
31.05.2017	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1203 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	
09.06.2017	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 06-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich kein Teilnehmerentgelt	keine
19.06.-21.06.2017	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
16.10.-18.10.2017	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
18.10.-20.10.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
21.10.2017	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
23.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz Interventionsradiologie	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
24.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P

Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen

Patientensicherheit ist ein elementarer Aspekt jeder ärztlichen Tätigkeit und eng verknüpft mit ärztlicher Haftpflicht. Wichtigstes Lernziel der interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern einsetzen zu können. Zudem sollen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss des Seminars im Falle eines Behandlungsfehlers (bzw. beim Vorwurf eines solchen) sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik) beitragen können.

Das Seminar besteht aus einer einleitenden Selbstlernphase (E-Learning) und einem Präsenzmodul.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH; Prof. Dr. med. Peter Marx

Termine: Selbstlernphase:

6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten zwischen 01.11. - 05.12.2017

Präsenztage:

Mittwoch, 06.12.2017 (14.00 – 19.15 Uhr)

Freitag, 08.12.2017 (09.00 – 16.30 Uhr)

Samstag, 09.12.2017 (09.00 – 16.00 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1402, E-Mail: e.hoehne@aekb.de

(Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt)

Teilnahmeentgelt: 450 Euro

6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Ist „maximale“ Medizin optimal?

Unter dem Stichwort „preventing overdiagnosis“ wird international diskutiert, wie gute Indikations- und Behandlungsqualität erreicht werden, auch ohne alle diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten vollständig auszuschöpfen: vom medizinischen „can do“ hin zu „mehr Arzt und weniger Medizin für das individuell Sinnvolle“.

Termin: 23.09.2017, 09:00 – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.aekb.de/FB-Kongress2017 und hier im Heft auf Seite 6.

Teilnehmerentgelt: 75 Euro (Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

100 Euro (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

Ihre schriftliche Anmeldung senden Sie bitte an: Fortbildungskongress@aekb.de

Die Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit 10 Fortbildungspunkten anerkannt.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stundenkurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2017 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: 11.09. - 16.09.2017

Präsenzwoche 2: 16.10. - 21.10.2017

Präsenzwoche 3: 04.12. - 09.12.2017

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

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

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

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

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

Termin: 17.11.2017, 9.00 – 16.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

Betriebliche Wiedereingliederung, Schnittstelle zwischen kurativer und präventiver Medizin

Eine Veranstaltung des Arbeitskreises Arbeitsmedizin der Ärztekammer Berlin

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist eine Rückkehr an den vorhandenen Arbeitsplatz, auch bei weiterhin notwendiger Behandlung, betrieblich und für den Arbeitnehmer persönlich sinnvoll und auch oft von therapeutischem Nutzen. Im Interesse des betroffenen Patienten ist die betriebliche Wiedereingliederung anzustreben, um die vorübergehenden Einschränkungen sowohl körperlich als auch finanziell auszugleichen. Der behandelnde Arzt kann in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt einvernehmlich die allgemeine Arbeitsfähigkeit zügig durch die Wiedereingliederung (nach § 74 SGB V, § 28 SGB IX = Hamburger Modell) erreichen. Das Verständnis und die sachliche Zusammenarbeit in der Wiedereingliederung zu verbessern, ist Ziel dieser gemeinsamen Fortbildung.

Ergonomie am Arbeitsplatz in Theorie und Praxis

Gesundheitliche Belastungen am nicht ergonomischen Bildschirmarbeitsplatz werden auch in der ärztlichen Praxis immer beklagt. An Beispielen von Produktionsstätten und klassischen Büroarbeitsplätzen werden praktische Empfehlungen für eine korrekte Arbeitsplatzergonomie gegeben.

Termin: Mittwoch, 31.05.2017, 15:30 – 17:00 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Bernward Siebert

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Veranstaltung ist unentgeltlich. Eine formlose **persönliche Anmeldung ist erforderlich**. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktdaten: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, Tel.: 030 / 408 06 1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

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

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

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

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

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

Termin: 14.10.2017 (10 bis 16 Uhr) sowie am 18.10.2017 (17 bis 19:30 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle, Claudia Schimmel, Pol.M.A.; E-Mail: schimmel@signalintervention.de, Tel: 030 / 275 95 353. Eine Anmeldung ist dringend erforderlich.

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

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

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Die Basis des Lernens aus Fehlern ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls.

Das systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlern und praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

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

Online-Modul: 01.10. – 01.11.2017

Präsenz-Modul: 02.11. – 04.11.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das Teilnahmeentgelt beträgt 500 Euro. Die Zertifizierung der Fortbildung wird bei der Ärztekammer Berlin für die CME-Anerkennung und bei der Registrierung beruflich Pflegenden beantragt.

Information und Anmeldung:

Elke Höhne, Tel. 030 / 40806-1402, E-Mail: e.hoehne@aekb.de.

Sexuelle Gesundheit und Sexuell übertragbare Infektionen (STI)

Ein Kurs der Ärztekammer Berlin und der Ärztekammer Westfalen-Lippe für Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis

Sexuell übertragbare Infektionen (Sexually Transmitted Infections, STI) nehmen seit einiger Zeit auch in Deutschland zu. Dabei leiden viele Patienten unter den klinischen Symptomen einer STI und erleben darüber hinaus Einschränkungen in der Sexualität, Selbststigmatisierung und Angst vor einer Ansteckung oder der Weitergabe einer Infektion. In Verbindung mit sexuell übertragbaren Infektionen benötigen Betroffene folglich nicht nur eine medizinische Versorgung im engeren Sinne, sondern ebenso eine umfassende Beratung zur sexuellen Gesundheit. Für das ärztliche Handeln bedeutet dies eine Herausforderung, da neben einem umfangreichen Wissen über STI einschließlich der Diagnostik und Therapie Sensibilität und Fertigkeiten in der Kommunikation über STI und sexuelle Gesundheit erforderlich sind.

Das Ziel des Kurses ist es, in besonderem Maße Kenntnisse über STI und über sexuelle Gesundheit zu vermitteln sowie Fertigkeiten in der Kommunikation über Sexualität zu stärken. Das Kurskonzept umfasst insgesamt 30 Unterrichtseinheiten und beinhaltet eine Kombination von zwei Selbstlernphasen mit jeweils 4 Unterrichtseinheiten (E-learning) sowie zwei Präsenzveranstaltungen (mit 8 bzw. 14 Unterrichtseinheiten). Es wurde federführend von der Deutschen STI-Gesellschaft (DSTIG) sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) erarbeitet; dies geschah in enger Zusammenarbeit mit weiteren Fachgesellschaften und Institutionen (u.a. DGfS, GSP, BVKJ, GSSG und RKI).

- 1. Selbstlernphase (E-learning 4 UE):** 29.05.2017-23.06.2017
- 1. Präsenz-Veranstaltung (8 UE):** 24.06.2017
- 2. Selbstlernphase (E-learning 4 UE):** 26.06.2017-06.07.2017
- 2. Präsenz-Veranstaltung (14 UE):** 07./08.07.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Norbert Brockmeyer

Teilnehmerentgelt: 700 Euro

Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de

Die Teilnahme wird mit 38 Fortbildungspunkten anerkannt. Die Teilnehmerzahl ist auf maximal 30 Personen begrenzt.

Regine Held zur neuen Vizepräsidentin gewählt

Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. April 2017

Nach 18 Jahren gibt es einen Wechsel an der Spitze der Ärztekammer Berlin. Die Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Regine Held ist von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zur neuen Vizepräsidentin der Kammer gewählt worden. Sie erhielt 29 von 40 abgegebenen Stimmen. Die 59-Jährige löst damit den 68-jährigen Augenarzt Elmar Wille ab, der sein Amt am 4. April niedergelegt hatte.

Von Sascha Rudat

Regine Held ist ebenso wie Wille Mitglied der Liste Allianz Berliner Ärzte. Dem Kammervorstand gehört sie seit 1999 an. Seit 1991 ist sie in Berlin-Weißensee niedergelassen. In der Ärztekammer Berlin ist Held zuständig für die Ausbildung medizinischer Fachangestellter. Sie ist Vorsitzende des Ausschusses Medizinische Fachberufe und des Berufsbildungsausschusses. Held war die einzige Kandidatin und wurde von Elmar Wille vorgeschlagen. Sie konnte im ersten Wahlgang 29 von 40 Stimmen gewinnen (bei vier Nein-Stimmen und sieben Enthaltungen). Regine Held dankte den Delegierten nach der Wahl herzlich für das entgegengebrachte Vertrauen. Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) wünschte der neuen Vizepräsidentin eine glückliche Hand in



Kammerpräsident Günther Jonitz beglückwünscht die neue Vizepräsidentin Regine Held.

ihrer neuen Verantwortung gegenüber den Ärztinnen und Ärzten in Berlin.



Jonitz dankte außerdem seinem langjährigen Vize Elmar Wille für die konsensorientierte, von gemeinsamen ärztlichen Werten geprägte Zusammenarbeit. Wille habe sich immer mit viel Wissen und Einsatz absolut integer für die Belange der Berliner Ärzteschaft engagiert. Als Jonitz Wille einen Blumenstrauß überreichte, standen die Delegierten geschlossen auf und applaudierten ihm lange. Wille bedankte sich in der ihm eigenen zurückhaltenden Art herzlich für die 18 interessanten Jahre.

Er wird nach seinem Austritt aus dem Vorstand weiterhin Mitglied der Delegiertenversammlung und Vorsitzender der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung bleiben. Durch seinen Rücktritt wurde die Nachwahl eines weiteren Vorstandsmitgliedes notwendig. Als einziger Kandidat trat Matthias Blöchle (Allianz Berliner Ärzte) an. Der 54-jährige Reproduktionsmediziner gehört seit 2007 der DV an.

Julian Veelken nutzte in seiner Rolle als Listensprecher der Fraktion Gesundheit vor der Wahl die Gelegenheit zu einer Generalausprache. Nach seinen Worten unterstützte die Fraktion die Kandidatur von Regine Held, da sich durch sie und einige andere aus der Allianz die Arbeitsatmosphäre in den letzten Jahren etwas gelockert habe. Er sprach in diesem Zusammenhang von einer „Persönlichkeitswahl“.

Matthias Blöchle gestand er zu, ein „sehr gestandener Kandidat der Allianz“ zu sein.



„Standing Ovations“ der Delegierten für den scheidenden Vizepräsidenten Elmar Wille.



Foto: K. Friedrich

Neues Vorstandsmitglied: Matthias Blöchle

Gleichwohl stünde Bloechle für eine inhaltliche Fortführung der bisherigen Koalition. Dem Vorstand warf Veelken vor, nicht politisch genug zu agieren und die ÄKB als eine „bewahrende Institution“ zu

führen. Als Ausnahme nannte Veelken den Präsidenten der ÄKB, dessen politisches Engagement ausgesprochen erfolgreich und herausragend sei. Daher werde die Fraktion Gesundheit Blöchle bei der Wahl nicht unterstützen. Der niedergelassene Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wurde dann auch nur knapp mit 21 von 40 abgegebenen Delegiertenstimmen bei 15 Gegenstimmen gewählt.

Vorbereitungen für den Deutschen Ärztetag

Neben den Wahlen gab es in dieser Sitzung nur noch einige kleinere Tagesordnungspunkte. So beschäftigten sich die Delegierten mit dem bevorstehenden Deutschen Ärztetag in Freiburg. Kammerpräsident Jonitz wies die Delegierten auf strukturelle Änderungen beim Ablauf des Ärztetages hin. So werde es keinen Geschäftsbericht in der bisherigen Form mehr geben. Außerdem diskutierten die Delegierten kurz über einige Tagesordnungspunkte, u.a. über die geplante Einführung eines „Physician Assistant“. Es soll u. a. der anästhesietechnische Assistent eingeführt werden, der selbstständig intubieren und Narkosen einleiten soll. Außerdem steht eine Änderung der Geschäftsordnung bzw. der Satzung der Bundesärztekammer an, die die Ausrichtung eines außerordentlichen Ärztetages und die

Abwahl des Präsidenten deutlich erschwert.

Im Anschluss wurden in die Weiterbildungsausschüsse I, III, IV und V eine ganze Reihe von Prüfern nachgewählt. Die vorgeschlagene Liste wurde einstimmig verabschiedet.

Daneben wurde in den Weiterbildungsausschuss IV Tamina Machholz als weiteres Mitglied einstimmig gewählt. In den Fortbildungsausschuss wurde Rudolf Fitzner nachgewählt. Dies war notwendig geworden, weil Dietrich Banzer aus persönlichen Gründen zurückgetreten war. Auch diese Wahl fiel einstimmig aus.

srd

Die nächste Delegiertenversammlung findet am **5. Juli 2017** um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich.

Solide Finanzlage der Berliner Ärzteversorgung

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 6. April 2017

Trotz eines anhaltend schwierigen Umfeldes an den Kapitalmärkten kann die Berliner Ärzteversorgung (BÄV) ihre gute Position behaupten und voraussichtlich weiterhin einen Rechnungszins von 4,00 % zahlen, wie eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2016 in der April-Sitzung der Vertreterversammlung zeigte. In dieser Sitzung wurde außerdem Roland Urban neu in den BÄV-Aufsichtsausschuss gewählt.

Von Sascha Rudat

Helmut Mälzer (Allianz Berliner Ärzte), Vorsitzender des BÄV-Verwaltungsausschusses, gab zu Beginn der Sitzung eine vorläufige Einschätzung des Geschäftsjahres 2016 ab. „Das Anlagevermögen wächst von 7,1 auf 7,5 Milliarden Euro“, erklärte er. Weiterhin habe es eine breite Streuung über alle Anlagenklassen hinweg gegeben, darüber hinaus einige Verschiebungen:

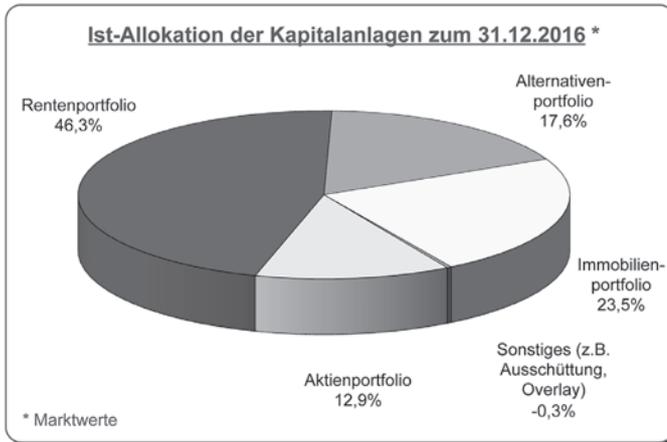
- Abschmelzen des Renten-Direktbestandes und weiterer Rückgang des Rentenportfolios (- 2,8 %)
- Ausbau des Alternativen- und des Immobilienportfolios (+ 3,2 % bzw. + 6,1 %)

„Wir haben in alternative Investments umgeschichtet. Das hat viel Arbeit gemacht. Aber wir haben das Ziel, das noch zu steigern“, führte Mälzer weiter aus.

Trotz aller Krisen würden die Verzinsungskennziffern auch 2016 voraussichtlich über dem Rechnungszins von 4,00 % liegen, betonte er. „Warum halten wir daran fest?“, fragte er, um zugleich die Antwort zu liefern, „weil wir eine hohe Eingangsrente wollen.“

Um weiterhin einen Rechnungszins von 4,00 % zu erzielen, seien für 2017 und die kommenden Jahre folgende Kapitalanlagestrategien geplant:

- Im Rentenportfolio: Reduzierung der traditionellen Rentenanlagen (Globale Anleihen und Unternehmensanleihen im Euroraum) und Aufbau der neuen Anlageklasse „Emerging Markets Corporates“
- Im Aktienportfolio: Ausbau der „Emerging Markets-Aktien“ und Aufbau der Anlageklasse „Global Low Volatility-Aktien“
- Schließlich ein deutlicher Ausbau des Alternativen- und Immobilienportfolios.



Wie Mälzer abschließend erklärte, sei der Verwaltungsausschuss in seiner Arbeit sehr reaktionsschnell geworden: „Wir haben uns den Erfordernissen des Marktes angepasst.“

Altersteilrente ein Erfolg

Im Anschluss berichtete Martin Reiss, Geschäftsführer der Verwaltungsgesellschaft der Versorgungswerke (VGV), zum Sachstand der vor einem Jahr eingeführten Altersteilrente (Teilrentenbezieher/in und zugleich noch berufstätige/r Arzt/Ärztin). Man habe nicht einschätzen können, wie die Rückmeldung auf das zum 1. Januar 2016 eingeführte, dreistufige Modell ausfallen werde, aber bisher sei man „sehr zufrieden mit der Resonanz“. Im ersten Jahr habe man 110 Altersteilrentner verzeichnen können (87 Mitglieder mit einer 30-prozentigen Altersteilrente, 7 Mitglieder mit einer 50-prozentigen Altersteilrente und 16 Mitglieder mit einer 70-prozentigen Altersteilrente). „Man sieht, dass es eine gute Möglichkeit ist, den Übergang in den Ruhestand individuell zu gestalten“, sagte Reiss. Derzeit sei man eines von drei ärztlichen Versorgungswerken, das die Altersteilrente anbiete.

Kampf gegen die DRV

Nachfolgend berichtete Reiss zum aktuellen Stand im Streit mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV), die den

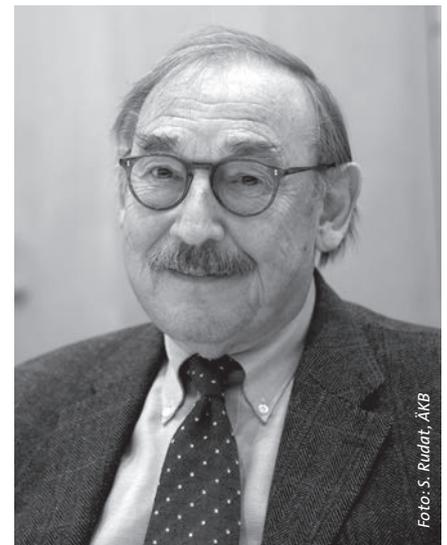
Begriff der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen ihrer Entscheidungen zur Befreiung von der Rentenversicherungs-pflicht nach eigenem Ermessen außerordentlich eng auslegt. Danach sei nur ärztlich tätig, wer zur Ausübung seiner Tätigkeit die

Approbation objektiv zwingend benötige. „Das steht in keinem Gesetz“, betonte Reiss, sondern beruhe auf einer Eigendefinition der DRV. Derzeit habe die DRV alle Apotheker, die in der Pharmaindustrie tätig sind, im kritischen Fokus. Es seien 180 Verfahren anhängig. Man dürfe die Parallelrechtsstreitigkeiten der Apotheker nicht aus den Augen verlieren. Der Kampf gegen die DRV sei unter den Heilberufen zusammen zu sehen. „Wir rechnen in diesem Jahr mit wichtigen Entscheidungen des Bundessozialgerichts“, sagte Reiss mit Blick auf die weitere Entwicklung.

Nachwahl in den Aufsichtsausschuss

Aufgrund seiner Wahl in den Vorstand der Ärztekammer Berlin (s. Bericht von der Delegiertenversammlung am 5. April 2017) musste Matthias Blöchle (Allianz Berliner Ärzte) seinen Platz im BÄV-Aufsichtsausschuss frei machen. Eine entsprechende Ämterkollisionsklausel macht es notwendig. Der sechsköpfige Aufsichtsausschuss überwacht die Geschäftstätigkeit des Verwaltungsausschusses. Damit stand die Vertreterversammlung vor der Nachwahl eines Mitgliedes. Dazu musste zunächst zur Beginn der Sitzung die Tagesordnung entsprechend geändert werden. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) sprach sich gegen die Nachwahl in dieser Sitzung aus, da ihre Liste noch keine Gelegenheit gehabt habe, darüber zu

sprechen und sich zu positionieren. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte), betonte, dass er die VV-Mitglieder umgehend informiert habe, als sich die Notwendigkeit einer Nachwahl abgezeichnet habe. Nach einer kurzen Sitzungsunterbrechung stimmte schließlich auch Müller-Dannecker einer Änderung der Tagesordnung zu. Die erforderliche Einstimmigkeit konnte damit erreicht werden.



Roland Urban ist neues Mitglied des BÄV-Aufsichtsausschusses

Als einziger Kandidat stellte sich Roland Urban (Allianz Berliner Ärzte) zur Wahl. Er wurde im dritten Wahlgang mit der Mehrheit von sechs der abgegebenen acht gültigen Stimmen bei einer Nein-Stimme und einer Enthaltung gewählt. Der dritte Wahlgang war erforderlich geworden, weil in den ersten beiden Wahlgängen, in denen Urban jeweils das gleiche Stimmenergebnis erzielt hatte, für die Wahl die qualifizierte Mehrheit aller zwölf Vertreter, also sieben Stimmen notwendig waren; bei lediglich acht wählenden Vertretern eine durchaus beachtliche Herausforderung. „Ich nehme die Wahl an und werde mir größte Mühe geben, auch die zufrieden zu stellen, die mir nicht getraut haben“, erklärte Roland Urban im Anschluss.

srd

CIRS: Wie man aus Beinahe-Schaden klug werden kann

Beim 2. Berliner CIRS-Symposium standen praktische Erfahrungen mit Berichts- und Lernsystemen im Krankenhaus im Vordergrund

„Nix passiert!“: Mit dieser beruhigenden Bemerkung kann man reagieren, wenn ein Mitmensch für eine kleine Unachtsamkeit um Entschuldigung bittet. Nix passiert – das könnte auch ein Motto sein für CIRS. Die „Critical Incident Reporting-Systeme“ sollen schließlich über System-Anfälligkeiten und (Beinahe-)Fehler in Krankenhäusern berichten, die im konkreten Fall glücklicherweise ohne negative Folgen blieben – die man aber erkennen sollte, weil man aus ihnen lernen kann. Denn auch aus Beinahe-Schaden kann man klug werden.

„Der Prozess des systematischen Fehler-Vermeidens ist wichtiger als abstrakte Prozeduren des Qualitäts-Managements“, sagte Karin Stötzner, die Patientenbeauftragte für Berlin, deshalb zur Eröffnung des 2. Berliner CIRS-Symposiums, das das Netzwerk CIRS Berlin und die Ärztekammer Berlin am 10. März gemeinsam veranstalteten. „CIRS ist das Rückgrat des Themas Patientensicherheit, die Patienten sind dabei unsere wichtigsten Verbündeten“, betonte auch Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz.

Dazu passt, dass der Gesetzgeber die Förderung dieses Instruments im 2013



Karin Stötzner: „Systematisches Fehlervermeiden wichtiger als abstraktes Qualitätsmanagement“

verabschiedeten Patientenrechtegesetz verankerte. Die Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Berichts- und Lernsystemen wird deshalb heute auch auf Vergütungsebene „belohnt“. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat inzwischen Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme nach Paragraph 136a Abs. 3 Satz 3 des SGB V festgelegt. Diese „üFMS-B“ gilt seit dem 5. Juli 2016. „Die Teilnahme an CIRS impliziert nicht nur die Meldung, sondern

auch die Nutzung“, erläuterte Dr. rer. nat. Ulrich Zorn vom Dezernat 3 Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der Bundesärztekammer in seinem Vortrag. Dass Einrichtungen sich nur beteiligten, um gesetzliche Auflagen zu erfüllen, sei nicht Sinn der Sache. „Das passt nicht zu dem, was wir eigentlich wollen, der KULTUR.“

CIRS sind keine wissenschaftlichen Instrumente, die repräsentative Daten liefern könnten oder wollten. Trotzdem leben sie davon, dass organisatorisch-systematische Missstände in Abläufen und typische, potenziell fehlerträchtige Standard-Situationen in das System eingespeist werden. Anonym und vertraulich, um nach besseren Lösungen suchen und andere warnen zu können. Um ihren Zweck zu erfüllen, müssen die Systeme mit Fällen gespeist werden. Auch wenn das zusätzliche Arbeit für die Mitarbeiter bedeutet, sind hohe Melderaten deshalb wichtig. „Sie dürfen jederzeit Gebrauch von der Kammer machen, wenn Sie das Gefühl haben, jemanden zu brauchen, der das Thema in Ihrer Einrichtung beflügelt“, ermunterte Kammerpräsident Jonitz deshalb die Teilnehmer aus der Ärzteschaft und aus der Pflege.

Melanie Jedlitschka vom Klinischen Qualitäts- und Risikomanagement der Charité erläuterte anschließend in einem der parallel angebotenen Workshops aber auch, welche Arten von Berichten aus dem internen CIRS des Universitätsklinikums nicht (institutionsintern) veröffentlicht werden: Mitteilungen, zu denen

wichtige Inhalte oder eine fachliche Expertise fehlen, oder Meldungen zu Überlastungen in einzelnen Einrichtungen.

Ein heikler Punkt sind Schadensmeldungen: Eigentlich gehören sie nicht in ein CIRS, doch die Grenze ist im Einzelfall nicht immer klar zu ziehen. Lernen kann man ohnehin aus beidem. Pragmatisch ermutigte Jedlitschka die Teilnehmer: „Wenn Sie überlegen, ob es sich eventuell um einen Schadensfall handeln könnte, dann geben Sie ihn in das CIRS ein.“

In der Charité wurde 2006 ein CIRS mit 40 Meldekreisen für Abteilungen und Hochrisikobereiche wie OPs und ITS eingeführt. 2014 wurde das Konzept umgestellt. Nun sind die Meldekreise den Centren des Klinikums zugeordnet, die Berichte können – nachdem sie von Moderatoren aus Medizin und Pflege anonymisiert, bearbeitet und als zur Veröffentlichung geeignet eingeschätzt wurden – von allen Mitarbeitern im Intranet gelesen werden. „Das ist sozusagen das große Schwarze Brett der Charité.“

Empfehlungen von Maßnahmen gehen an die Centruums-Leitungen, aber auch direkt in die jeweiligen Bereiche, sofern diese bekannt sind. Für die Umsetzung der Empfehlungen ist die Centruums-Leitung verantwortlich. Zudem nimmt die Charité am Netzwerk CIRS Berlin teil.

Fiona McDermott, ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn, berichtete über Ergebnisse einer im Frühjahr 2015 durchgeführten Online-Befragung, an der 572 von über 2.500 angeschriebenen Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen teilgenommen hatten.

35 Prozent der Häuser, die ein CIRS haben, nutzen demnach auch einrichtungsübergreifende Systeme, nur insgesamt 54 Häuser hätten sich bewusst dagegen entschieden. Auf die Frage, was für sie ein „meldewürdiges Ereignis“ sei, sprachen sich 41 Prozent der Einrichtungen dafür aus, auch Schadensfälle einzubeziehen. Mehrheitlich wurde die Frage nach einem zeitnahen Feedback auf die Meldungen positiv beantwortet, über 85 Prozent der Befragten berichteten zudem, die Meldungen hätten konkrete Änderungsmaß-

Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner mit Bundesverdienstkreuz geehrt

Die langjährige Berliner Patientenbeauftragte Karin Stötzner, die das Grußwort beim 2. Berliner CIRS-Symposium hielt, hat am 8. März das Bundesverdienstkreuz erhalten. Dazu gratulierte ihr Gesundheitsministerin Dilek Kolat (SPD): „Karin Stötzner ist eine starke Kämpferin für die Rechte von Patientinnen und Patienten und deren wichtigste Ansprechpartnerin. Seit sie im Jahr 2004 die erste Patientenbeauftragte des Landes Berlin wurde, erfüllt sie dieses wichtige Amt mit großem Engagement, mit Leidenschaft und Elan und scheut dabei keine Konflikte. Wichtig war Karin Stötzner der Einsatz für die Autonomie und Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Von 1985 bis 2016 war sie Leiterin der Selbsthilfe-Kontakt- und Informationsstelle Sekis. Karin Stötzner hat sich um die Bürgerinnen und Bürger und um das Land verdient gemacht. Ich freue mich sehr darüber, dass der Bundespräsident ihr für diese Verdienste nun das Bundesverdienstkreuz verleiht und gratuliere von Herzen.“

nahmen zur Folge. In der anschließenden Diskussion mit den Teilnehmern des Workshops wurde allerdings deutlich, dass es sich dabei meist nicht um Sofortmaßnahmen handelt. Und leider dauere der gesamte Prozess – vom Berichten bis zur Umsetzung von Maßnahmen – oft noch zu lange.

Der als Vortrag begonnene Workshop zum Thema „Lernen von Anderen“ entwickelte sich nach und nach zu einer lebhaften Diskussion über die vorgestellten Praxisbeispiele. Anhand der Berichte konnten erfolgreich Maßnahmen für eine verbesserte Versorgung abgeleitet und diese Informationen verbreitet werden. Nach den Kriterien „Mensch, Team, Technik und Organisation“ wurden die Ereignisse bewertet. Überwiegend lagen die Wurzeln für das Entstehen von Beinaheschäden der vorgestellten Beispiele in der Organisation und in unkoordinierten Teams, manchmal aber auch in einer mangelhaften Technik. Übersetzt waren die Bereitschaft zur Offenheit und definierte Kommunikationsstrukturen sowie ein klares Bekenntnis von „Oben“ zur Kultur des CIRS die voraussehbaren Erfolgskriterien. Und am Ende zeigte sich auch hier im Workshop, dass das wiederholte gemeinsame Erarbeiten von Grundpfeilern der CIRS-Methodik zu neuem Elan führen und im besten Fall neue Begeisterung für die Aufgabe entstehen lassen kann. Obwohl es eigentlich gar nicht Thema des Workshops war: Auch

hier wurde lebhaft darüber diskutiert, wie man CIRS erfolgreich gestalten kann.

Dies war die zentrale Frage im Hintergrund eines weiteren Workshops, in dem sich die Teilnehmer mit der Methode des Worldcafés mit der Frage beschäftigten, warum ein erfolgreiches CIRS ein klinisches Risikomanagement brauche. Danach sind die entscheidenden Faktoren für ein erfolgreiches CIRS:

- das engagierte Eintreten der Führungsebene für eine Kultur, in der erkannte Fehler auch als eine Chance zur Verbesserung gesehen werden können,
- eine klare und anerkannte Struktur des CIRS-Teams,
- ein standardisiertes Verfahren zur Kommunikation und zur Umsetzung von Veränderungen aufgrund der Meldung sowie
- hinreichende Mittel, um Veränderungen auch durchführen zu können.
- Ein wahrnehmbares und nutzbringendes Feedback ist am Ende entscheidend, um die kontinuierliche Motivation aller am Prozess eines CIRS Beteiligten aufrechtzuerhalten.

Und um dies umsetzen zu können, sind zuverlässige Strukturen und Prozesse eines klinischen Risikomanagements unabdingbar!

Dr. Adelheid Müller-Lissner und
Christa Markl-Vieto Estrada

Ein Jahr Kinderschutzambulanzen in Berlin – eine Zwischenbilanz

Um das Gesundheitswesen und den Kinderschutz in Berlin besser zu vernetzen, sind im Frühjahr 2016 regionale Kinderschutzambulanzen an fünf Kliniken geschaffen worden (wir berichteten). Sie sollen bei Verdachtsfällen medizinisch abklären, ob Kinder Gewalt ausgesetzt waren. Ein Jahr nach dem Start nehmen die Einrichtungen langsam Fahrt auf – und ziehen eine erste Zwischenbilanz.

Von Matthias Brockstedt

Seit 2006 baut das Land Berlin unter Federführung der Senatsverwaltung für Jugend, Bildung und Familie ein „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ auf mit verbindlichen Arbeitsabläufen für Jugendämter, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste, Ärzte aller Fachrichtungen, für Drogenhilfeeinrichtungen und alle Freien Träger der Jugendhilfe. Trotzdem erschüttern immer wieder einzelne Tötungsdelikte (Fall Lena in Pankow) und das scheinbare oder tatsächliche Versagen von Behörden alle Verantwortlichen. Eine erste Evaluation

des Bundeskinderschutzgesetzes von 2012 wies auf die fortbestehenden Mängel in der Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Gesundheitshilfe in ganz Deutschland hin. Der Berliner Senat beschloss deshalb, nach den Empfehlungen einer interministeriellen Arbeitsgruppe (Senatsverwaltungen Jugend und Gesundheit und Justiz) am 25. August 2015 die Schaffung von 5 Kinderschutzambulanzen als erste Anlaufstellen für Ämter, aber auch für alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, ergänzt um das rechtsmedizi-

nische Konsil der seit 2014 bereits eingerichteten Gewaltschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Charité. Dieser Senatsbeschluss machte es zur Auflage, die Arbeitsweise, den Arbeitsumfang und die Wirksamkeit dieser neu geschaffenen medizinischen Einrichtungen an fünf großen Kinderkliniken mit vorbestehender Kinderschutzgruppe nach 24 Monaten zu evaluieren, um aufgrund der tatsächlichen Inanspruchnahmezahlen entscheiden zu können, ob diese neuen Ambulanzen ein verbindlicher Baustein im „Netzwerk Kinderschutz Berlin“ sein sollen.

Die Ärztekammer Berlin hat zusammen mit der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Kinderklinik der Charité deshalb am 16. März 2017 alle beteiligten Institutionen zu einer Zwischenbilanz eingeladen. Über 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Jugendhilfe und Gesundheitsversorgung haben an diesem Nachmittag die Erfahrungsberichte aus den 5 neuen Kinderschutzambulanzen kennengelernt und zusätzlich fachspezifische Vorträge zu den Auswirkungen häuslicher Gewalt auf Kinder



Matthias Brockstedt (re.) führte durch die Veranstaltung.

gehört. Prof. Barbara Kavemann vom Freiburger Frauenforschungsinstitut begeisterte durch ihre packende Verknüpfung konkreter Fallbeispiele mit dem internationalen Wissenstand zum Thema, und Marion Winterholler von S.I.G.N.A.L. e.V. zeigte hierzu die Möglichkeiten der Intervention in Berlin auf.

Einleitend betonten die Staatssekretärin der Senatsjugendverwaltung, Sigrid Klebba, und der Staatssekretär der Senatsgesundheitsverwaltung, Boris Velter, die Wichtigkeit, die man auf politischer Ebene allen Bemühungen zur Erkennung und Prävention jeglicher Form kindlicher Misshandlung und Vernachlässigung einräumt und wie genau man dort die Ergebnisse dieser Arbeit beobachtet. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, hob in seinem Grußwort hervor, dass die Ärztekammer mit Vorstandsbeschluss von 2011 die Fortbildung aller Ärztinnen und Ärzte zu allen Aspekten der Gewalt gegen Kinder und Jugendliche (s. Kasten) als Regelaufgabe ansieht, finanziell unterstützt und sich auch regelmäßig Rückmeldung über die hierzu unternommenen Aktivitäten geben lässt.

Die 5 neuen Kinderschutzambulanzen (KSA) haben im April 2016 ihre Arbeit aufgenommen und im Berichtszeitraum

von 11 Monaten insgesamt 294 Kinder betreut, aufgeschlüsselt nach Kliniken (in Klammern: besonderer Schwerpunkt):

1. Vivantes Klinikum Neukölln: 80 Kinder (Kinderchirurgie)
2. Helios-Klinikum Buch: 59 Kinder (oft rechtsmedizinisches Konsil)
3. Kinderklinik der Charité: 92 Kinder (sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung)
4. DRK Kliniken Charlottenburg: 35 Kinder (Häusliche Gewalt in Zusammenarbeit mit Erwachsenenmedizin am Standort)
5. St. Joseph-KH Tempelhof: 28 Kinder (Flüchtlingskinder, sexueller Missbrauch)

Die seit 2014 tätige Gewaltschutzambulanz des Instituts für Rechtsmedizin der Charité (GSA) wurde im Berichtszeitraum zu 82 dieser Kinder konsiliarisch zusätzlich befragt (27 % der Fälle), dabei in 44 Fällen durch direkte Untersuchung vor Ort und in 38 Fällen durch telefonisches / telemedizinisches Konsil. Letzteres ist ausbaufähig wie in anderen Bundesländern z. B. in Niedersachsen (Forensicon) oder Bayern.

Dieses ist auch bereits im Absatz 2 des Senatsbeschlusses vom 25. August 2015 vorformuliert worden: „Darüber hinaus wird die Möglichkeit eines telemedizinischen Online-Konsildienstes geprüft. Dieser würde niedergelassenen und klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten bei Anfragen zu unklaren Befundmustern und möglichen Ursachen einer Kindesmisshandlung einen qualitätsgesicherten, flächendeckenden und zeitnahen Zugang zur rechtsmedizinischen Expertenmeinung bieten“...

Man kann also konstatieren, dass die Einbindung des rechtsmedizinischen Fachwissens durch die Kinderschutzambulanzen hervorragend etabliert ist.

Hierauf ist bei der Evaluation und Zukunftsdefinition des Projektes als Ganzem im Frühjahr 2018 zu achten, es impliziert eine Reihe datenschutzrechtlicher Probleme, die aber bereits in anderen Bundesländern befriedigend gelöst wurden. Es würde damit auch noch deutlicher die rein konsiliarische Rolle der Gewaltschutzambulanz betont, weil es zur Zeit bei einigen Jugendämtern noch Schwierigkeiten gibt, hier aus nichtmedizinischer Sicht eine klare Trennung zu vollziehen: Ziel der Kinderschutzambulanzen war und ist zuvorderst, eine sichere und kindgerechte Anlaufstelle zu bieten mit einer Kinderklinik und Kinderschutzgruppe im Hintergrund und nicht Kinder auf Umwegen über die Gewaltschutzambulanz an andere Institutionen weiterzureichen. Alle Fälle von sexueller Misshandlung, von emotionaler Gewalt und Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter gehören per definitionem nicht zum Arbeitsauftrag des Instituts für Rechtsmedizin der Charité und eine primäre Zuweisung dieser Verdachtsfälle an die GSA sollte tunlichst unterbleiben, weil erfahrungsgemäß eine Weiterverweisung zu Zeitverlusten führt bzw. die Familien simpelweg wegbleiben. Dem haben die am Ende der Veranstaltung an die Teilnehmer verteilten Handlungsleitfäden für Zuweiser Rechnung getragen, es muss jedoch im Alltag gelebt werden.

Formen der Kindsmisshandlung

■ Misshandlung

- physisch
- emotional

■ Vernachlässigung

- physisch
- emotional

■ Sexueller Missbrauch

■ Miterleben von Gewalt in Partnerschaften

■ Extrafamiliäre Gewalt

(Krieg, Kinderhandel, Prostitution, Pornographie, Entführungen, Gewalt in Institutionen, Vorenthalten von Erziehung und Bildung, Vorenthalten von Gesundheitsversorgung, Gewalt in Peer-Kontexten)

In der ursprünglichen Planung zu Art, Umfang und Inanspruchnahme der zukünftigen Kinderschutzambulanzen im Land Berlin sind die beteiligten Senatsverwaltungen beim Finanzvolumen der fachärztlichen Gutachten auf der Basis nationaler und internationaler Vergleiche von bis zu 500 zu untersuchenden Kindern pro Jahr ausgegangen; die 5 neuen Kinderschutzambulanzen liegen mit 294 Kindern in 11 Monaten inklusive der Startphase ziemlich genau in dieser Vorausplanung. Es wurden vorab pro Kind ca. 5 fachärztliche Stunden zu 80 Euro veranschlagt, also $500 \times 5 \times 80 = 200.000$ Euro pro Jahr. Tatsächlich wurden pro Kind in den zurückliegenden Monaten zwischen 2 Stunden (körperlich sichtbare Misshandlung) und 10 Stunden (Verdacht auf sexuelle Misshandlung) aufgewandt, so dass bei ca. 300 untersuchten Kindern die veranschlagte Jahressumme ausreicht. Es zeigt sich aber zu Jahresbeginn 2017 ein Trend zur stärkeren Inanspruchnahme der neuen Kinderschutzambulanzen, weil die zuweisenden Jugendämter, Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und Ärzte aus Praxis und Klinik auch durch die erfolgten Rückmeldungen an Sicherheit gewinnen und früher als bisher diese medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Man wird also bei der Evaluation nach 24 Monaten anhand der tatsächlich verausgabten Gelder eine sehr exakte Größenordnung für die Zukunftsplanung haben.

Noch nicht exakt beziffern lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt die genauen Ergebnisse der in den Kinderschutzambulanzen erfolgten Untersuchungen:

so konnte z. B. von den 80 im Vivantes Klinikum Neukölln vorgestellten Kindern zunächst nur in 18 Fällen eine Kindeswohlgefährdung eindeutig gesichert oder ebenso eindeutig ausgeschlossen werden, in 36 Fällen waren weitergehende Verlaufsuntersuchungen erforderlich, um zu einer sicheren Aussage zu gelangen, d.h. bei 62 der 80 zugewiesenen Kinder konnte nicht sofort eine abschließende Aussage zu einer stattgehabten Kindeswohlgefährdung gemacht werden. Diese Verteilung entspricht auch der Erfahrung in anderen seit Jahren tätigen Kinderschutzambulanzen, z. B. an der Universitätskinderklinik Bonn oder in Frankfurt am Main. Denn ca. ein Drittel der jährlich 12.000 in Berlin bei den Jugendämtern per Erstcheck-Verfahren erfassten Kindeswohlgefährdungen lassen sich sofort eindeutig zuordnen, weil entweder das Verletzungsmuster so eindeutig ist oder weil die Täter(-innen) selbst die Misshandlung zugeben. Es sind die 3.300 fraglichen Kindeswohlgefährdungen, die bevorzugt den Kinderschutzambulanzen vorgestellt werden und bei denen eben eine einfache Ursachen-Folge-Zuordnung nicht ohne weiteres möglich ist. Mitunter braucht es leider die wiederholte Vorstellung eines Kindes und die fortlaufende Beobachtung aller beteiligten Jugendhilfe- und medizinischen Einrichtungen, bis ein Verdacht sich erhärtet oder definitiv ausschließen lässt. Das ist die nüchterne Realität unserer kinderärztlichen Arbeit und nur fachfremde Populisten behaupten, sie könnten alles und sofort sicher zuordnen. PD Dr. Winter, die kommissarische Ärztliche Leiterin der Abteilung Kinder-

und Jugendpsychiatrie der Charité, hatte in ihrem Vortrag besonders darauf hingewiesen, dass die unter ihrer Leitung durchgeführte sogenannte „Berliner Kinderstudie“ von 5-Jährigen mit durchgemachten Misshandlungserfahrungen bei 88 Kindern im Durchschnitt eine Misshandlungserfahrung in 44 der 60 Lebensmonate dieser Kinder aufgezeigt hat (Veröffentlichung im Laufe des Jahres 2017). Vor diesem Hintergrund sind die uns am 16. März 2017 vorgestellten Zahlen der 5 Kinderschutzambulanzen gut nachvollziehbar und konsistent mit den Forschungsergebnissen und belegen nachdrücklich die Notwendigkeit, diese Einrichtungen so niedrigschwellig wie möglich von allen, die Kinder versorgen, frühzeitig in Anspruch nehmen zu lassen.

Aus meiner persönlichen Sicht und elfjähriger Erfahrung als Fachberater zum Thema werden die Senatsverwaltungen im Frühjahr 2018 nicht mehr darüber befinden, ob es Kinderschutzambulanzen in Berlin braucht, sondern darüber, ob die bestehenden Ambulanzen hinreichend abgesichert sind und ob es aus Gründen der Trägervielfalt und der Regionalisierung für den Ostteil Berlins nicht sinnvoll ist, die Kinderklinik Lindenhof am Sana-Klinikum Lichtenberg hinzuzufügen, wo ebenfalls hinreichende Kinderschutzexpertise vorhanden ist.

Dr. Matthias Brockstedt
 Fachbereichsleiter 1
 Gesundheitsamt Berlin – Mitte
 Reinickendorfer Str. 60b
 13347 Berlin
 Tel.: 030 / 9018 46132 / 30

BERLINER ÄRZTE im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Zur Situation psychisch kranker obdachloser Menschen

„Warum konnte ich nicht im Gefängnis bleiben? Da hatte ich es gut, hatte ein Dach über dem Kopf, regelmäßiges Essen und einen sicheren Schlafplatz. Jetzt renne ich wieder draußen rum.“ Herr P. ist 54 Jahre alt. Abgesehen von einigen Zeiten, die er im Gefängnis und in verschiedenen Wohnheimen verbrachte, lebt er seit mehr als zehn Jahren auf der Straße. Er bestreitet seinen Lebensunterhalt durch Betteln und Flaschensammeln. Seinen Ausweis hat er verloren. Eine Krankenversicherung besteht nicht mehr. Er hat eine ältere Wunde an der Hand nach einem Sturz und kommt gelegentlich zum Verbandswechsel. Er ist Alkoholiker.

Von Norbert Hümbts

Herr M. ist ein 32-jähriger kräftiger Mann. Er ist vor einigen Tagen mit der Bahn nach Berlin gekommen und tagelang in der Stadt herumgelaufen. Jetzt hat er kein Geld mehr. Er ist barfuß. Die Füße sind geschwollen und schmerzen vom Laufen. In der Vergangenheit wurde er mehrfach stationär psychiatrisch behandelt. Zuletzt lebte in einer Übergangseinrichtung, in die er aber nicht zurück will.

Herrn P. habe ich im Gesundheitszentrum für Obdachlose in der Pflugstraße, einer Einrichtung der Jenny de la Torre-Stiftung, kennengelernt, Herrn M. in der Bahnhofsmision am Bahnhof Zoo. Die Bahnhofsmision ist oft die erste Anlaufstelle für Menschen mit einer psychischen Erkrankung wie Herr M., die ihren Heimatort verlassen und damit auch die dort bestehende psychiatrische Behandlung abgebrochen haben.

Bei vielen der auf der Straße oder in Notübernachtungen und Heimen für Obdachlose lebenden Menschen bestehen neben körperlichen Beschwerden psychische Störungen. Häufig sind Suchterkrankungen, vor allem Abhängigkeit von Alkohol und Drogen. Verbreitet sind Persönlichkeitsstörungen mit dissozialem Verhalten und daraus folgender Straffälligkeit, seltener finden sich überwertige, wahnhaft oder manifest psychotische Störungen. Viele meiner Gesprächspartner berich-

ten über traumatische Erfahrungen wie Mangelsituationen in der Kindheit mit emotionaler Vernachlässigung, über Heimaufenthalte, Gewalterfahrung und Missbrauch.

Eine Kontaktaufnahme zu diesen gestrandeten oder obdachlosen und oft kranken Menschen gelingt häufig zunächst nur über die Unterstützung durch Sozialarbeiter bei der Erfüllung der basalen Bedürfnisse (Wohnen, Essen, Kleidung, Geld). Ärztliche Hilfe konzentriert sich auf aktuelle körperliche Beschwerden und auf die Versorgung von Wunden. Die Frage des seelischen Befindens und der eigenen Lebensperspektive tritt dahinter zurück.

Im Gespräch mit den Betroffenen vermittelt sich trotz der unsicheren und meist schwierigen Lebensumstände erstaunlich oft eine gelassene Schicksalsergebenheit. Ein anderes Leben ist für den oder die Betroffenen außerhalb des eigenen Vorstellungsvermögens geraten. Viele von ihnen haben auch Vorerfahrungen mit psychiatrischer Behandlung, die sie häufig als negativ und freiheitseinschränkend erlebt haben. Gerade die psychisch schwer kranken Obdachlosen, insbesondere die an einer Psychose leidenden, streben vielfach ein Leben „ohne Psychiatrie“ an, verbunden mit dem unbestimmten Wunsch nach einer „irgendwie“ besseren Lebensform.

Die psychiatrische Betreuung psychisch kranker obdachloser Menschen ist schon aus krankheitsimmanenten Gründen schwierig. Die Betroffenen erleben sich oft selber nicht als krank und behandlungsbedürftig. Daraus kann ein ethisches Dilemma zwischen einer ärztlichen (und staatlichen) Fürsorgepflicht und dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen entstehen. Ist die Entscheidung einer 45-jährigen wahnkranken Frau, verwahrlost und mit vereiterten Zahnstümpfen im Tiergarten zu leben, als freie Willensentscheidung zu werten? Oder besteht die ärztliche oder gesellschaftliche Verpflichtung, ihr eine Behandlung zukommen zu lassen, die ihren Gesundheitszustand (und damit auch ihre Entscheidungsfähigkeit) verbessert und ihre Lebenserwartung verlängert – selbst wenn sie selber die Notwendigkeit einer Behandlung nicht sieht und diese zunächst gegen ihren Willen durchgeführt werden müsste?

Eine Behandlung gegebenenfalls gegen den Willen des/der Betroffenen einzuleiten setzt eine gründliche medizinische und juristische Prüfung jedes Einzelschicksals voraus. Dabei ist zu prüfen, ob die Willensbildung nicht durch eine Krankheit schwerwiegend beeinträchtigt und dadurch unfrei ist. Daneben sind Gefährdungsaspekte durch die vorliegenden Krankheiten oder Verhaltensweisen des/der Betroffenen einzuschätzen.

Eine Verbesserung der Versorgungssituation psychisch kranker obdachloser Menschen könnte mit der Schaffung niedrigschwelliger psychiatrischer Beratungs- und Behandlungsangebote erreicht werden. Diese sollten an eine oder mehrere der bereits in der Stadt bestehenden Betreuungseinrichtungen für obdachlose Menschen angebunden werden. Da bei den Betroffenen meist medizinische und soziale Probleme vorliegen, ist eine Zusammenarbeit von Psychiater/in und Sozialarbeiter/in notwendig. Vorrangiges Behandlungsziel ist zunächst die Schadensminderung, d.h. die Verringerung des selbstschädi-



Foto: pixabay

genden Verhaltens (z. B. durch Alkohol, Nichtbehandlung von Krankheiten, risikoreiche Lebensführung etc.). Erforderlich sind in der Regel sowohl eine soziale Unterstützung (Unterkunft, Geld, Regelung sozialer Angelegenheiten) als auch medizinische Hilfen (Untersuchung, Gespräch, Medikamente). Grundvoraussetzung für die Möglichkeit, helfend einzugreifen ist, dass es den Helfern gelingt, mit den Betroffenen in Kontakt zu kommen und eine zwischenmenschliche Beziehung aufzubauen. Um das zu erreichen, ist eine räumliche Nähe der Hilfsangebote zu den Brennpunkten wichtig. Die Hilfen müssen dort verfügbar sein, wo sich die Betroffenen aufhalten (z.B. in Bahnhofsnähe). Im Einzelfall wird eine aufsuchende Kontaktaufnahme (z.B. durch mobile Einzelfallhilfe oder Streetworker) notwendig.

Daneben werden zusätzliche Wohnangebote für die Gruppe der psychisch kranken Obdachlosen benötigt. Es besteht ein besonderer Bedarf an Wohnformen mit einem eher niedrigen Behandlungsansatz und einer Toleranz für ein „Leben mit der Krankheit“.

Ähnliche Behandlungs- und Wohnangebote sind für die große Gruppe der Suchtkranken zu fordern. Bei vielen Betroffenen ist ein Behandlungs- und Abstinenzwunsch erst nach einer längeren Motivationsarbeit zu erreichen, was kaum gelingen kann, solange sie auf der Straße leben.

Obdachlosigkeit ist ein komplexes soziales Phänomen. Sie ist das Ergebnis eines Zusammentreffens von individuellen Faktoren wie Verletzlichkeit, Schwäche, Krankheit (vulnerability) ei-

nerseits und strukturellen Faktoren wie sozialer Ungleichheit, Armut, Mangel an sozialer Unterstützung und Fehlen von preiswertem Wohnraum andererseits. Dabei kann eine psychische Erkrankung zum Verlust der eigenen Wohnung führen wie auch umgekehrt Wohnungslosigkeit ein hohes Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung darstellt. Daraus folgt, dass eine Verbesserung der Lebenssituation obdachloser Menschen durch medizinische Behandlung und Sozialarbeit alleine nicht gelingen kann. Erforderlich sind strukturelle Veränderungen der Sozialsysteme mit dem Ziel einer frühzeitigen Unterstützung der Risikogruppen wie z.B. von Wohnungsverlust bedrohter Arbeitslosengeld 2-Empfänger, Haftentlassener oder wohnungsloser Psychiatriepatienten.

Obdachlosigkeit ist ein weltweit verbreitetes Phänomen. Die Zahl der in Berlin lebenden Obdachlosen wird auf 5.000 bis 6.000 Menschen geschätzt. Darunter befinden sich viele Menschen aus Nachbarstaaten, überwiegend aus Osteuropa. Die wachsende Zahl obdachloser Menschen aus diesen Ländern ist ein Nebeneffekt der Reisefreiheit und der Durchlässigkeit der Grenzen bei ungleichen sozio-ökonomischen Verhältnissen, was auf die politische Dimension des Problems verweist.

Norbert Hümbts
Ehemaliger niedergelassener Nervenarzt
in Berlin-Neukölln

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin: Keuchhusten

Im Land Berlin wurden im Jahr 2016 insgesamt 1.029 Keuchhustenfälle an das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) übermittelt. Keuchhusten ist nach Influenza, Norovirus-Gastroenteritis, Campylobacter-Enteritis, Windpocken und Rotavirus-Gastroenteritis damit die sechsthäufigste Meldeerkrankung in Berlin.

Von Claudia Ruscher

Hintergrund

Keuchhusten ist eine hochansteckende respiratorische Infektionskrankheit, die durch das unbewegliche, aerobe, gram-negative Bakterium *Bordetella pertussis*, seltener auch durch die verwandte Spezies *Bordetella parapertussis* verursacht wird. Keuchhusten ist in allen Ländern der Welt endemisch; epidemische Zyklen treten etwa alle zwei bis fünf Jahre auf (typischerweise 3 bis 4 Jahre) und bevor Impfstoffe in den 1950er Jahren breit verfügbar wurden, war Pertussis eine der häufigsten Kindererkrankungen weltweit. Schätzungen gehen davon aus, dass Pertussis im Jahr 2008 weltweit 16 Millionen Fälle und 195.000 Todesfälle bei Kindern <5 Jahre verursacht hat, trotz einer weltweiten Impfrate von 86% [1, 2]. Obwohl diese Zahlen weit überwiegend Entwicklungsländer betreffen, kommt Pertussis auch in einigen entwickelten Ländern mit hohen Impfquoten, wieder häufiger vor. Anders als bei anderen Infektionskrankheiten des Kindesalters zeigt sich beim Keuchhusten kein konsistentes Muster einer Saisonalität.

Aufgrund der Schwere des klinischen Verlaufs von Keuchhusten im Säuglingsalter ist es das Ziel der Impfempfehlung, insbesondere die Krankheitslast durch Pertussis bei Säuglingen durch einen möglichst frühzeitigen und vollständigen Impfschutz (Grundimmunisierung) zu reduzieren. Zudem ist die Auffrischung der Immunität sowohl im Vorschul- und Jugendalter als auch bei Erwachsenen notwendig, um die klinische Wirksamkeit des Impfschutzes aufrecht zu halten und

die Übertragung auf ungeimpfte und nicht-immune Personen zu minimieren [3].

Eine Eradikation von Pertussis ist im Gegensatz zu anderen impfpräventablen Krankheiten nach derzeitigem Kenntnisstand nicht möglich. Auch eine Infektion mit *Bordetella pertussis* sichert nur für etwa 3,5 bis 12 Jahre einen Schutz vor einer Reinfektion, was die Wichtigkeit der Schließung von Impflücken im Interesse des Impfziels unterstreicht [4].

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt eine Grundimmunisierung mit 4 Impfdosen im Alter von 2-14 Monaten und einmalige Auffrischungsimpfungen im Alter von 5-6 und 9-17 Jahren. Erwachsene sollten bei der nächsten Tetanus-Diphtherie-Impfung mit einem niedrigdosierten azellulären pertussishaltigen Impfstoff geimpft werden. Darüber hinaus sollten Frauen im gebärfähigem Alter, enge Kontaktpersonen von Säuglingen sowie medizinisches Personal und Personal in Gemeinschaftseinrichtungen eine Auffrischungsimpfung erhalten, wenn die letzte Impfdosis länger als 10 Jahre zurückliegt [5].

Da gegen Pertussis kein sicherer Nestschutz besteht, können Neugeborene ab dem ersten Lebenstag infiziert werden. Ähnlich wie in anderen westlichen Industrienationen werden auch in Deutschland nach Einführung azellulärer Impfstoffe in den 1990er Jahren wieder ansteigende Pertussis-Inzidenzen beobachtet [6].

Keuchhusten und die Keuchhustenerreger *B. pertussis* und *B. parapertussis* sind in Deutschland nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) seit März 2013 durch

den feststellenden Arzt bzw. das Labor meldepflichtig.

Situation in Berlin

Im Land Berlin wurden im Jahr 2016 insgesamt 1.029 Keuchhustenfälle an das LAGeSo übermittelt, die die Surveillance Falldefinition des RKI („Referenzdefinition“) erfüllen (klinisches Bild und epidemiologische Verbindung oder klinisches Bild und Labordiagnostik).

Keuchhusten ist damit die sechsthäufigste Meldeerkrankung in Berlin (nach Influenza, Norovirus-Gastroenteritis, Campylobacter-Enteritis, Windpocken und Rotavirus-Gastroenteritis).

Seit Einführung der bundesweiten Meldepflicht in 2013 zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren ein deutlicher Anstieg in Berlin (696 Fälle in 2015, 730 Fälle in 2014 und 465 Fälle in 2013). Abbildung 1 zeigt die monatlichen Fallzahlen der Jahre 2014 bis 2016.

Die meisten Keuchhustenfälle wurden im Jahr 2016 aus den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Pankow übermittelt. Abbildung 2 zeigt die Keuchhusten-Inzidenzen der 12 Berliner Bezirke für die Jahre 2014, 2015 und 2016 im Vergleich.

Obgleich eine Saisonalität nicht erkennbar ist, gab es in den Meldewochen 26 und 27 eine deutliche Häufung der übermittelten Fälle, was darauf zurückzuführen ist, dass in beiden Wochen vermehrt Ausbrüche übermittelt wurden (6 Ausbrüche mit jeweils 2-7 Fällen in Woche 26 und 9 Ausbrüche mit 2 bis 5 Fällen in Woche 27).

Das mediane Alter der übermittelten Fälle betrug 25 Jahre und umfasste einen Altersbereich von 0-94 Jahren (Interquartilsspanne: 11-49 Jahre). Die höchsten Inzidenzen zeigten sich bei den 10 bis 14-jährigen (124,8 pro 100.000) und unter einjährigen Kindern (112,4 pro 100.000). Auch zwischen 4 und 9 Jahren zeigen sich hohe Neuerkrankungsraten.

Die bundesweiten Keuchhusten-Melddaten zeigen ebenfalls sowohl einen deutlichen Anstieg der Fallzahlen im Jahr 2016 als auch besonders hohe Inzidenzen

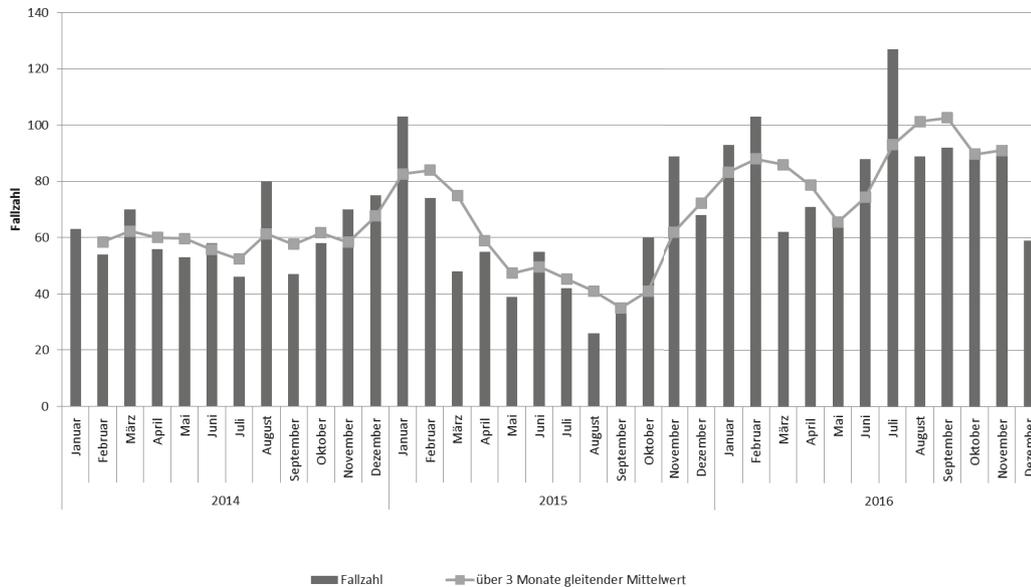


Abbildung 1: Keuchhustenfälle in Berlin monatsweise in den Jahren 2014-2016; Quelle: SurvNet-Abfrage, Datenstand 02.02.2017

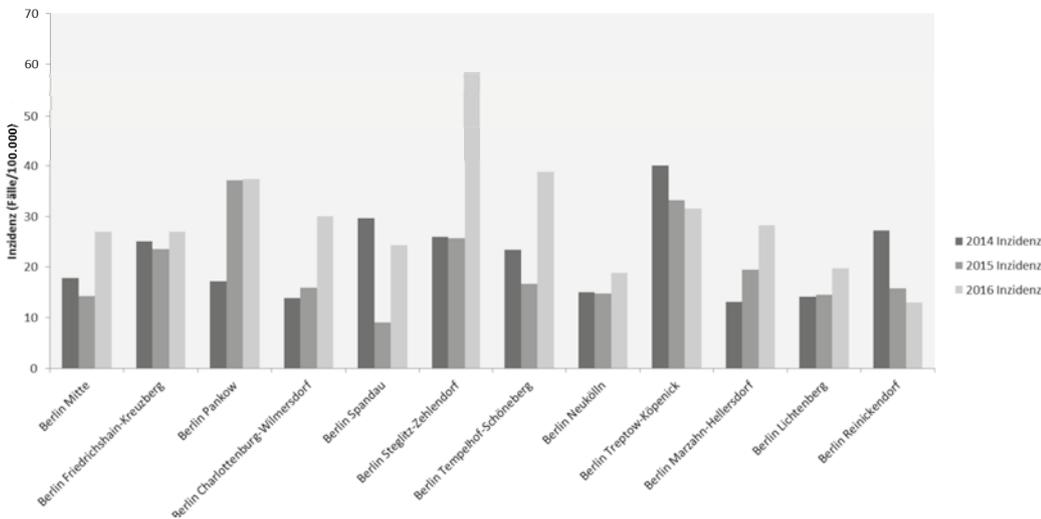


Abbildung 2: Keuchhusten-Inzidenz in den Berliner Bezirken in den Jahren 2014, 2015 und 2016, Quelle: SurvNet-Abfrage, Datenstand 02.02.2017

bei den unter einjährigen und den 10- bis 14-jährigen Kindern. Bundesweit lässt sich eine Verschiebung der Inzidenzen zu den 15- bis 19-Jährigen erkennen (Quelle: SurvStat; Februar 2017).

Labordiagnostik

Für die in 2016 übermittelten Fälle lag für 82% neben der klinischen Diagnose auch eine Labordiagnose vor. Der Labornach-

weis erfolgte dabei überwiegend (54%) allein serologisch, in der Regel durch einmaligen Nachweis erhöhter IgG- oder IgA-Antikörper gegen das Pertussis-Toxin (PT) oder eines deutlichen Anstiegs von PT-Antikörpern. Direktnachweise erfolgten bei 27% der Fälle, dies sind fast ausschließlich PCR-basierte Nachweise. Kulturbasierte Direktnachweise wurden in 2016 insgesamt nur für 4 Keuchhustenfälle (0,4%) übermittelt.

Impfstatus

Über die Hälfte der 2016 in Berlin übermittelten Keuchhustenfälle (55%, n=570) verfügte entsprechend der Meldedaten über keinen Impfschutz. Nur 38% (n=389) waren geimpft, bei 7% (n=70) konnte der Impfstatus nicht ermittelt werden. Es kann jedoch auch bei den als „geimpft“ angegebenen Fällen nicht davon ausgegangen werden, dass die Impfungen immer vollständig, alters- und zeitgerecht erfolgten. Daten zur Anzahl der Impfungen liegen nur für 59% (n=231) der geimpften Fälle vor. In der Altersgruppe der Ein- bis Zweijährigen verfügten in der Gruppe der geimpften Kinder nur 3 von 9 Kindern über die bis zum Alter von 14 Monaten erforderlichen vier Impfungen für die vollständige Grundimmunisierung. Bei den Drei- bis Sechsjährigen waren nur 13 von 21 Kindern vollständig grundimmunisiert. In der Gruppe der über 18-Jährigen (n=82) verfügte niemand über die empfohlenen sechs Impfungen, nur 5 Personen verfügten über eine vollständige Grundimmunisierung, bei einem Großteil (63 von

82) war nur eine Impfung angegeben. Unvollständige Grundimmunisierungen und zu spät verabreichte Auffrischimpfungen sind unter Berücksichtigung einer möglicherweise schneller nachlassenden Immunität der azellulären Impfstoffe besonders kritisch zu beurteilen. In Ergänzung dazu liegen auch Daten zum Durchimpfungsgrad Berliner Kindern bei der Schuleingangsuntersuchung für das Jahr 2015 vor und zeigen bei 94,1%

der Kinder eine abgeschlossene Grundimmunisierung. Allerdings wurde auch hier nur bei weniger als der Hälfte (42,7%) die Grundimmunisierung zeitgerecht mit der 4. Impfung abgeschlossen [7].

Studien der letzten Jahre zeigen zudem, dass der Schutz gegen Pertussis innerhalb von fünf Jahren nach der ersten Auffrischimpfung deutlich abnimmt [8].

Keuchhustenausbrüche

Der überwiegende Anteil der 2016 gemeldeten Fälle (n=730; 71%) wurde als Einzelerkrankung übermittelt. In 2016 wurden zudem 109 Keuchhustenausbrüche mit insgesamt 299 (29%) Fällen in Berlin übermittelt. Der Vergleich der Vorjahre zeigt auch hier einen deutlichen Anstieg; in 2015 waren es 51 Ausbrüche (mit insgesamt 113 Fällen), in 2014 wurden 53 Ausbrüche (130 Fälle) übermittelt. Die Spanne der Fallzahlen, reichte in den Ausbrüchen 2016 von 2 bis 27 Fällen, im Median beträgt die Fallzahl der Ausbrüche 2. Die meisten Ausbrüche wurden aus den Bezirken Steglitz-Zehlendorf (n=24), Pankow (n=17) und Tempelhof-Schöneberg (n=14) gemeldet.

Zusammenfassung

In Berlin zeigte sich im vergangenen Jahr ein deutlicher Anstieg der Zahl der übermittelten Keuchhusten-Erkrankungen. Fälle treten das ganze Jahr über auf, ohne erkennbare Saisonalität. Die höchste Melde-Inzidenz findet sich bei unter Einjährigen sowie bei Schulkindern und Jugendlichen. Auch Pertussisausbrüche mit in der Regel kleinen Fallzahlen werden in Berlin trotz einer insgesamt hohen Impfquote in der Schuleingangsuntersuchung (94,1%) vermehrt übermittelt. Der überwiegende Anteil der Keuchhustenfälle verfügt über keinen oder einen unvollständigen Impfschutz.

Hinweise für Ärzte im Zusammenhang mit Keuchhusten:

1. Vollständige und zeitgerechte Impfung

Wegen einer möglicherweise schneller nachlassenden Impfwirksamkeit sollten

auch die Auffrischimpfungen im Vorschul- und Jugendalter unbedingt zeitgerecht durchgeführt werden. Eine vollständige Grundimmunisierung gegen Keuchhusten und insbesondere eine zeitgerechte 4. Impfung sind sowohl aufgrund der hauptsächlich betroffenen Altersgruppen aber auch aufgrund der potentiellen Schwere der Erkrankung bei kleinen Kindern und Säuglingen notwendig.

2. Diagnostik

Bei Patienten mit typischer Symptomatik (anfallsartigem Husten, inspiratorischem Stridor oder Erbrechen nach Hustenattacken) bzw. bei länger andauerndem Husten (mehr als 2 Wochen) sollte an Pertussis gedacht und ggf. eine Labor-diagnostik anstrebt werden. Da bei Jugendlichen und Erwachsenen Keuchhusten nicht selten als lang dauernder Husten ohne die typischen Hustenanfälle verläuft, ist es wichtig, auch bei diesen Patienten Keuchhusten differentialdiagnostisch zu berücksichtigen [9].

Dabei sollte ein direkter Erregernachweis mittels PCR aus einem Nasopharyngealabstrich (NICHT aus einem Rachenabstrich) erfolgen, wenn die Patienten kürzer als ca. 3 Wochen husten. Bei Patienten, die bereits länger husten ist die serologische Diagnostik mittels ELISA sinnvoll. Ärzte sollten explizit nur den Nachweis von IgG und ggf. IgA-Antikörper mittels ELISA gegen das Pertussis-Toxin anfordern; IgM-Antikörper sind nicht aussagekräftig und Antikörper gegen andere Antigene wie dem filamentösen Agglutinin sind kreuzreaktiv mit anderen Erregern [10, 11]. Bei gehäuftem Auftreten z.B. im Rahmen von Ausbrüchen kann es nützlich sein, auch in einigen Fällen einen kulturellen Nachweis des Erregers anzustreben, um Stämme für weitere Untersuchungen zu gewinnen. Mögliche Erregerveränderungen mit potentieller Auswirkung auf die Effektivität der derzeitigen Impfstoffe sowie Antibiotikaresistenzen lassen sich damit erkennen.

3. Maßnahmen im Erkrankungsfall

An Keuchhusten erkrankte Personen dürfen Gemeinschaftseinrichtungen, wie z.B. Schulen erst dann wieder betreten, wenn „nach ärztlichem Urteil eine Weiter-

verbreitung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist“ (§34 Abs. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG)). Nach Empfehlung des Robert Koch-Instituts ist dies frühestens nach 5 Tagen antimikrobieller Behandlung der Fall. Ohne antimikrobielle Behandlung sollte eine Wiedenzulassung frühestens drei Wochen nach Auftreten der Hustenattacken erfolgen.

Dr. Claudia Ruscher
Landesamt für Gesundheit
und Soziales Berlin
Fachgruppe Infektionsepidemiologie
und Meldewesen nach IfSG
E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de

Referenzen

- Black, R.E., et al., Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 2010. 375(9730): p. 1969-87.
- Domenech de Celles, M., et al., The pertussis enigma: reconciling epidemiology, immunology and evolution. *Proc Biol Sci*, 2016. 283(1822).
- Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber für Ärzte Keuchhusten (Pertussis). 2014; Available from: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Pertussis.html.
- Wendelboe, A.M., et al., Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J*, 2005. 24(5 Suppl): p. S58-61
- Ständige Impfkommission (STIKO), Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut – 2016/2017. *Epidemiologisches Bulletin*, 2016. 34: p. 301-322.
- Who, Pertussis vaccines: WHO position paper, August 2015--Recommendations. *Vaccine*, 2016. 34(12): p. 1423-5.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Grundausswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2015. 2016.
- Klein, N.P., et al., Waning protection after fifth dose of acellular pertussis vaccine in children. *N Engl J Med*, 2012. 367(11): p. 1012-9.
- König, C.H. von, Halperin, S., Riffelmann, M., and Guiso, N. (2002). Pertussis of adults and infants. *The Lancet. Infectious diseases* 2, 744-750.
- European Centre for Disease Prevention and Control, Guidance and Protocol for the serological diagnosis of human infection with *Bordetella pertussis*. . 2012: Stockholm.
- Guiso, N., et al., What to do and what not to do in serological diagnosis of pertussis: recommendations from EU reference laboratories. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2011. 30(3): p. 307-12.

Helmut Hahn zum 80. Geburtstag

Die Berliner Ärzteschaft kennt Professor Dr. med. Dr. hc. Helmut Hahn als den langjährigen Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsbiologie. Seine Berufung erfolgte 1977 durch die Freie Universität an das damalige Universitätsklinikum Steglitz, emeritiert wurde er 2005 dann an der Charité. Geprägt durch den Vater, Ordinarius für Pharmakologie in Freiburg, das humanistische Gymnasium in Düsseldorf und das Medizinstudium in Freiburg, Wien und Düsseldorf, zog es Hahn bereits 1964 an die Johns Hopkins University Medical School und zwar an das dortige Department of Medical Microbiology unter Prof. Wood Jr. Danach ging Hahn als visiting scientist zu Dr. Mackaness an das Trudeau Institute of Medical Research in Saranac Lake, New York. In diesen beiden berühmten Institutionen konnte sich Hahn tief in das Gebiet der immunologischen Infektabwehr einarbeiten.

Voll von wissenschaftlichen Ideen, dürfte es Hahn nicht schwer gefallen sein, nach sieben Jahren dann am hochangesehenen Institut von Prof. Paul Klein in Mainz eine Stelle zu erhalten und sich bereits 1974 zu habilitieren. Es folgte schon 1975 eine Berufung nach Bochum, der entscheidende Schritt war aber die oben erwähnte ordentliche Professur in Berlin. Dass Hahn sie annahm, erscheint heute selbstverständlich, aber 16 Jahre nach der Errichtung der Berliner Mauer war es eher ein Beleg für den ihm eigenen Wagemut. Erst kürzlich schrieb ein angesehener amerikanischer Kollege, Prof. Philip Carter: „... my high regard for Professor Hahn rests to a great extent in his risky decision to accept a position at the Freie Universität in Berlin.“ Hahn brachte das Institut in den 28 Jahren seiner Leitung zur Blüte, viele Mitarbeiter haben sich habilitieren können und gelangten in wichtige Positionen. Auch wenn die T-Zell-

vermittelte Immunität gegen Bakterien im Vordergrund stand, wurde doch eine Breite von Themen bearbeitet. Hiervon zeugt auch das überaus erfolgreiche Lehrbuch „Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie“, das von Hahn zusammen mit anderen herausgegeben wurde, die 7. Auflage erschien 2012. Hohe Anerkennung wurde Hahn von klinischen Kollegen für seine mikrobiologische Diagnostik in Berlin gezollt.

Neben der Universität gab es bei Hahn noch drei weitere „Leben“, die er souverän ausfüllte. So ist er seit frühen Jahren ein bedeutender Münzsammler. Spricht er zu dieser Leidenschaft, gewinnt man den Eindruck, er kenne jede Münze und ihren Hintergrund. Dann ist seine Tätigkeit als Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft zu nennen. Hahn trat dieses Amt im Jahre 2000 an und behielt es bis 2014. Die Gesellschaft war zunächst in keiner guten Verfassung, die Rechtslage bezüglich des alten Besitzes am Langenbeck-Virchow-Haus war höchst unsicher. Es ist vor allem dem energischen Argumentieren und Handeln von Hahn zu verdanken, dass diese alte medizinische Vereinigung, in der die seinerzeit berühmtesten Köpfe der Berliner Medizin ihr geistiges Zentrum hatten, wieder einen Aufschwung nahm. Auch der Prozess wegen der Rückübertragung des Langenbeck-Virchow-Hauses an die Berliner Medizinische Gesellschaft sowie an die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie nahm einen glücklichen Verlauf: Im entscheidenden Moment konnte Hahn vor Gericht eine im Staatsarchiv entdeckte Urkunde über die Enteignung des Hauses in der DDR-Zeit präsentieren und so das Blatt zum Günstigen wenden.

Nun zu seinem dritten außeruniversitären „Leben“: Mit rastloser Aktivität bemüht sich Hahn um den wissenschaftlich-medizinischen Austausch von russi-



Foto: privat

schen und deutschen ärztlichen Kollegen im Rahmen des von ihm zusammen mit anderen im Jahre 2006 gegründeten Koch-Metschnikow-Forums. Dieses genießt als Initiative des Petersburger Dialogs sowohl auf russischer wie auch deutscher Regierungsseite hohe Anerkennung, und Hahn dürfte damit ein tragfestes Bindeglied zwischen Russland und Deutschland geschaffen haben. Erst kürzlich empfing Hahn aus der Hand des russischen Botschafters den Orden für die Förderung der internationalen Zusammenarbeit, nachdem er schon 2014 als Ausdruck hoher Wertschätzung zum Ausländischen Mitglied der Russischen Akademie der Wissenschaften ernannt wurde. Einige seiner weiteren Ehrungen seien hier genannt: den medizinischen Ehrendokortitel der Semmelweis-Universität, die Ferdinand-Cohn-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie sowie die Ehrenmitgliedschaft der Berliner Medizinischen Gesellschaft.

Am 2. März feierte Hahn nun seinen 80. Geburtstag, sicherlich kein Grund für ihn, wehmütig zu sein, eher eine Etappe hin zu neuen Aktivitäten: Numquam otiosus! Dazu wünschen wir ihm von Herzen Erfolg und Glück. Es möge ihm auch in Zukunft Zeit bleiben für seine Familie und die von ihm geliebten Reisen – und für eine Rückschau auf sein herausragendes Leben.

Prof. Dr. med. Ivar Roots
Vorsitzender Berliner Medizinische Gesellschaft

In memoriam Dieter Janz

Wir trauern um Professor emeritus Dr. med. Wolfgang Dietrich Janz, der an Weihnachten 2016 im Alter von 96 Jahren von uns gegangen ist. Er war von 1973 bis 1988 Inhaber des inzwischen in der Charité aufgegangenen Lehrstuhls für Neurologie am Klinikum Charlottenburg der FU Berlin. 1985-1990 war er Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie.

Janz war aus Heidelberg berufen worden, wo er sich vor allem in der Epileptologie einen Namen gemacht hatte, besonders durch die Beschreibung der Juvenilen Myoklonischen Epilepsie, auch als Janz-Syndrom bekannt. Diese war ganz und gar klinisch fundiert und umfassend bis hin zu typischen Verhaltensauffälligkeiten, die erst viel später als Ausdruck subtiler Dysfunktionen des Frontalhirns erkannt wurden.

1969 war sein Buch „Die Epilepsien“ erschienen mit einem einmaligen Reichtum an profunden, präzise beschriebenen klinischen Beobachtungen. Janz hat darin als Letzter versucht, das gesamte Gebiet der Epilepsien allein in einer umfassenden Monographie darzustellen. Es folgte eine genetische Langzeitstudie, in der die Nachkommen seiner ambulanten Patienten prospektiv klinisch und mit dem EEG untersucht wurden. Dies führte 1985 zur Berufung als Vorsitzender der Genetikkommission der International League against Epilepsy (ILAE).

In Berlin wurde Dieter Janz der große klinische Lehrer, als den seine Schüler ihn im Gedächtnis behalten. Die am Westend neu aufzubauende neurologische Abteilung sollte sich unter den Berliner Neurologen durch einen Akzent auf der Rehabilitation auszeichnen, denn Janz vertrat die Heidelberger Schule der anthropologischen Medizin, in der es mit Victor v. Weizsäcker darum geht, den Patienten und sein Kranksein im leibseelischen Kontext und seinen sozialen Bezügen zu verstehen. Viele der Jungen

fühlten sich von dieser über das Naturwissenschaftliche hinausgehenden Sicht stark angesprochen. Gleichzeitig erlangte die junge Abteilung internationale Geltung durch Einführung der Antiepileptikamessung im Blut und der Video-EEG-Doppelbilddiagnostik und Janz wurde von 1973–1981 Vizepräsident der ILAE. An der FU wurde auf seine Initiative ein Forschungsgebietsschwerpunkt Epilepsie eingerichtet, an dem sich alle in Berlin auf diesem Gebiet Tätigen beteiligten.

Berlin ermöglichte Janz auch den regelmäßigen fachlichen Austausch mit Kollegen in der DDR und er leistete Geburtshelferdienste bei der Gründung einer DDR-Sektion der ILAE, nachdem er bereits 1957 maßgeblich an der Gründung einer deutschen Sektion der ILAE beteiligt gewesen war, der heutigen Deutschen Gesellschaft für Epileptologie (DGfE). In Berlin entstand im Umkreis der Abteilung auch die erste Selbsthilfegruppe für Epilepsie in Deutschland.

Wichtige Unterstützung gab die Stiftung Michael, die 1962 vom Vater eines Patienten gegründet worden war. Mit Janz als Mentor setzte sie ständig neue Akzente: Stipendien zur Spezialisierung in Epilepsie von Ärzten und anderen Berufsgruppen, Starthilfen für die Selbsthilfebewegung, Aufklärungsschriften über viele Aspekte der Epilepsie, Initiativen für ein Informationszentrum Epilepsie und zu Berichten über die Lage der Epilepsie in Deutschland. Der von ihm angeregte Michael-Preis ist heute der wichtigste internationale epileptologische Wissenschaftspreis.

Die Stiftung wurde sein Lieblingskind und er fehlte nie beim jährlichen Praxisseminar in Gargnano am Gardasee, das er bis in die letzten Jahre durch Abendvorlesungen voller Weisheit bereicherte.

Dieter Janz war maßgeblich an der Gründung der Weizsäcker-Gesellschaft beteiligt, Mitherausgeber der Gesammelten Werke V.v.Weizsäckers und ar-

beitete zuletzt an der Herausgabe seines Schriftwechsels.

An Ehrungen sind hervorzuheben sind der „Ambassador for Epilepsy“ (1969), der Michaelpreis (1969), der Lifetime Achievement Award der internationalen Epilepsieorganisationen (1999) und die Otfried Foerster – Medaille der DGfE (2004). Janz war Ehrenmitglied der DGfE, der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, des Stiftungsrats Michael, der Victor v. Weizsäcker-Gesellschaft und des Wissenschaftlichen Kuratoriums der Evangelischen Studiengemeinschaft sowie korrespondierendes und Ehrenmitglied mehrerer internationaler Fachgesellschaften.

Sein lebenslanges Engagement für die junge Generation kam vor einem Jahr noch einmal in ganz besonderer Weise zum Ausdruck: Als bei der DGfE ein Nachwuchsförderungspreis eingerichtet wurde, war er gerne einverstanden, dass wir diesem seinen Namen gegeben haben. Der Preis wurde erstmals am 4. Februar 2016 verliehen. Allen, die dabei waren, wird unvergesslich bleiben, wie der Namensgeber ihn mit einer bewegenden Laudatio übergab, in der er seiner eigenen Anfänge als Forscher gedachte.

Wir denken an Dieter Janz mit großer Dankbarkeit und werden seine immer wieder überraschenden und befruchtenden Gedanken sehr vermissen.

Peter Wolf, Kopenhagen und Florianópolis

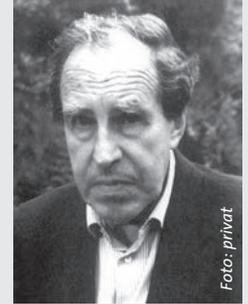


Foto: privat

Stille Post

**Ein Besuch im Museum für Kommunikation lohnt sich derzeit besonders:
Im Lichthof sind aufregende Schwarzweiß-Fotos von Herlinde Koelbl zu sehen.**

Schreien vor Glück? Der Online-Versandhändler Zalando wirbt derzeit damit, dass Kundinnen gar nicht anders können, wenn das Päckchen mit den neuen High-Heels angekommen ist. Klar: Werbung muss Aufmerksamkeit erregen, da kann sie auch schrill und laut ausfallen. Mit welchen Mitteln das gelingt, ist derzeit im Museum für Kommunikation Berlin zu erleben: Dort ist noch bis Ende August die Ausstellung „Berührt – Verführt“ zu sehen. Es geht um „Werbekampagnen, die Geschichte machten“. Um 50 der erfolgreichsten Plakate, Anzeigen, Objekte und Werbespots, von der Nachkriegszeit bis in die Gegenwart.

Die Ausstellung ist sicher ein zusätzlicher Grund, dem Museum (wieder) einmal einen Besuch abzustatten, das auch dauerhaft tolle Einblicke in die Entwicklung der menschlichen Kommunikation gewährt, vom bereits im Jungpaläolithikum verwendeten Schwirrholtz bis zum Smart-

phone – und das als besondere Schätze eine Blaue Mauritius und die ersten Telefone von Philipp Reis bereit hält. Doch Vorsicht! Wer in nächster Zeit einen Besuch plant, sollte den Lichthof des schönen Gebäudes nicht achtlos durchqueren. Denn dort läuft gerade eine ganz besonders leise Ausstellung, die man leicht übersehen könnte. Die große Fotografin Herlinde Koelbl, bekannt durch ihre Langzeit-Politiker-Porträtstudie „Spuren der Macht“, durch die Ausstellung „Targets“ mit Zielscheiben aus aller Welt, die in Berlin im Historischen Museum zu sehen war, und nicht zuletzt durch die Werk-Retrospektive 2009 im Martin-Gropius-Bau, hat den Lichthof des Museums zeitweilig mit wunderbaren Schwarz-Weiß-Porträts bestückt.

Mit Fotos, die Neugier wecken: Ist es ein Flüchtlingskind, das sich da dem Ohr des älteren Herrn mit dem bayerischen Gamsbart am Hut zuwendet, und das auf seinen Mund ein Lächeln zaubert? Treffen die junge Frau und der junge Mann hier eine Verabredung, von der niemand anders wissen soll?

Die Personen, die auf den Fotos abgelichtet sind, spielen „Stille Post“, das beliebte alte Kinderspiel ums Einflüstern, Hören, Verstehen und Weitersagen. Die Fotografin hat dafür Menschen aus 16 Nationen und aus allen Altersgruppen in ihr Studio geladen. Sie hat jede und jeden einmal beim Flüstern und einmal beim Zuhören abgelichtet und daraus eine Kette von Bildern gemacht, die zueinander in Beziehung stehen.

Das Ganze war, wie sie im Vorgespräch zur Ausstellung berichtete, ursprünglich ihr

persönliches Geschenk an den Verein Lichterkette, der sich schon seit Anfang der 90er Jahre in München gegen Fremdenfeindlichkeit engagiert. „Mir ging es damals darum, Internationalität zu zeigen“, sagt Koelbl. Im Jahr 2004 wurden die Bilder im Literaturhaus München unter dem Titel „Über das Hören und Verstehen“ ausgestellt. Die Ausstellung widmet sich also einem Thema, das Anhänger einer „sprechenden Medizin“ besonders interessieren dürfte.

Die Personen, die sich am Foto-Experiment beteiligten, darunter einige Prominente wie die Schauspielerinnen Sunnyi Melles und Doris Schade, die Moderatorin und Buchautorin Amelie Fried oder der Barbesitzer Charles Schumann, kannten sich zuvor zumeist nicht. „Durch Zuhören entsteht Nähe“, weiß die Fotografin, die fürs Zeitmagazin auch regelmäßige Menschen interviewt.

Leiht man einem Menschen sein Ohr, der sich nur flüsternd mitteilt, muss die körperliche Nähe besonders groß sein. Distanz wird unterschritten. Auf den Fotos kann man erkennen, dass nicht jeder und jede damit völlig entspannt umging. Die meisten jedoch wirken heiter oder sogar verschmitzt, während sie die leise Botschaft vernehmen. Einige lachen gar so schallend, dass man selbst gern hören würde, was ihnen gerade geflüstert wurde. Für das Gefühl, von dieser Kommunikation ausgeschlossen zu sein, entschädigen aber die aussagekräftigen Bilder. Man leiht ihnen gern sein Auge.

Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin

„Stille Post. Hören und Verstehen“ ist im Lichthof des Museums für Kommunikation Berlin noch bis zum 11. Juni zu sehen.

„Berührt – Verführt. Werbekampagnen, die Geschichte machten“ läuft dort bis zum 27. August.

Öffnungszeiten des Museums: Dienstag 9-20 Uhr, Mittwoch bis Freitag 9 bis 17 Uhr, an Sonn- und Feiertagen 10 bis 18 Uhr. Eintritt 5 Euro, ermäßigt 3 Euro, Kinder und Jugendliche frei.



Jan Boettner aus Deutschland und Inas Souleimane aus Togo

BERLINER ÄRZTE

5/2017 54. 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.
Ricarda Tümann (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
Gestaltung Sehstern unter Verwendung von
Africa Studio /fotolia.com

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

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

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

**Anzeigen- und 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 2017, gültig ab 01.01.2017.

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

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2017