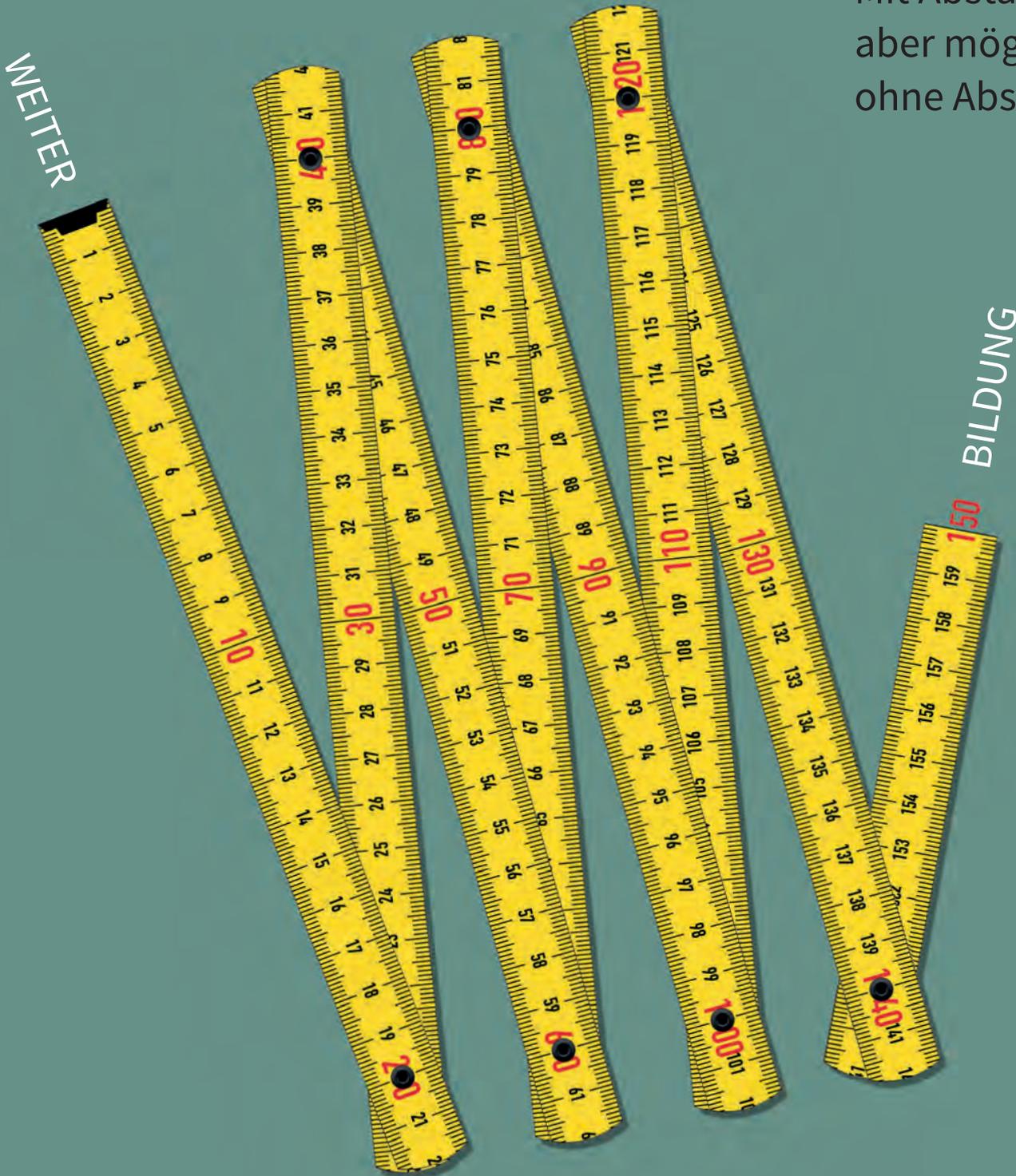


BERLINER ÄRZTE

10/2020 57. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

Mit Abstand,
aber möglichst
ohne Abstriche



Ärztliche Weiterbildung im Krisenmodus

Die Pandemie und deren Bekämpfung halten unseren Arbeitsalltag seit Monaten fest im Griff. In den meisten Kliniken ist nach wie vor an einen Regelbetrieb nicht zu denken und niemand kann derzeit abschätzen, wie lange die darauf ausgerichteten Versorgungsabläufe aufrechterhalten werden müssen. In besonderem Maße von diesem Zustand betroffen sind alle Kolleginnen und Kollegen, die sich zur Zeit in Weiterbildung befinden, egal, ob es sich dabei um den Erwerb der „ersten“ Facharzt- oder einer Zusatzqualifikation handelt.

Gerade in dieser Schlüsselphase der beruflichen Qualifikation, in der häufig auch ohne besondere Umstände viele berufliche und private Anforderungen unter einen Hut zu bringen sind, hinterlassen die pandemiebedingten Umstrukturierungen aller Versorgungsebenen tiefe Spuren. Diese verschärfen die schon vorbestehenden, teilweise desaströsen Weiterbildungsbedingungen in den Kliniken nochmals wie durch ein Brennglas. Inhalte und Leistungen können nicht wie geplant erworben, Rotationen nicht angetreten und Fortbildungen nicht wahrgenommen werden. Zeitliche Planungen geraten durch befristete Arbeitsverträge ins Wanken, private Veränderungen und Karriereschritte werden verschoben oder ganz abgesagt. Dabei sind wir bislang insbesondere in den Kliniken, auch dank der Flexibilität, Einsatzbereitschaft und hervorragenden ärztlichen Haltung unserer Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung gut durch die Krise gekommen. Leider „zu“ oft auch auf ihre Kosten, häufig im Graubereich einer fachlich vertretbaren Zulässigkeit und nicht nur in Einzelfällen auch darüber hinaus. Dass unsere Patien-



Dr. med. Thomas Werner
ist Vorsitzender des Unterausschusses Stationäre Versorgung und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin.

tinnen und Patienten einen Anspruch auf eine Behandlung dem Facharztstandard entsprechend haben, ist juristisch unumstritten. Der Anspruch der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, diesen zu erbringen, auch. Die Realität hingegen, oft einer aktionistischen und konstruierten Überreaktion geschuldet, ist eine andere.

Der Bevölkerung wird in der Pandemie durch die Politik gern ein Bild vermittelt, welches unser Gesundheitssystem sowohl in materiell-technischer als auch personeller Hinsicht gut aufgestellt und krisensicher darstellt.

Beides ist näher betrachtet kaum haltbar. Längst hat der finanzielle Druck die Kliniken in eine „on demand“ Systematik getrieben, da Vorhaltekosten nicht refinanziert und Investitionen aus Erlösen abgezweigt werden, die für die unmittelbare Patientenversorgung, insbesondere zur Deckung der Personalkosten vorgesehen sind. Die landeseigenen Einrichtungen Charité und Vivantes warnen bereits vor hohen zweistelligen Millionenverlusten und auch den anderen Trägern dürfte es kaum besser ergehen. Nur mithilfe der steuerfinanzierten „Freihaltepauschalen“ ist es gelungen, den Kollaps des Systems überhaupt zu verhindern. Krisenfestigkeit sieht anders aus.

Seit Jahren sind unter dem ökonomischen Druck des DRG-Systems, das keine zur nachhaltigen Finanzierung der ärztli-

chen Qualifikation dringend erforderlichen Personalentwicklungskosten enthält, und seiner Erfüllungsgehilfen, der meist nicht ärztlichen Verwaltungen, die Facharztquoten in den Kliniken kontinuierlich auf durchschnittlich rund 50 %, oft aber weit darüber hinaus, heruntergefahren worden. Es bleibt das Geheimnis der Klinikmanagerinnen und -manager, die stetig steigenden Anforderungen an ärztliche Qualifikation und Spezialisierung mit einem immer geringeren personellen und finanziellen Ressourceneinsatz in Übereinstimmung bringen zu wollen, ohne die Qualität der Patientenversorgung zu beeinträchtigen und die Patientensicherheit zu gefährden. Gerade in der aktuellen Situation ist dieser Widerspruch präsenter denn je. „Wir sollen einfach nur funktionieren“, so das frustrierte Resümee einer sonst hoch motivierten Kollegin, das mehr als betroffen macht, den IST-Zustand in vielen Kliniken aber treffend beschreibt.

Was also müssen wir tun? Wenn wir nicht schnellstens alle Kräfte bündeln, um das Finanzierungssystem grundsätzlich neu auszurichten, droht nicht nur die ärztliche Weiterbildung gänzlich unter die Räder zu geraten. Wir müssen dringend dafür sorgen, dass gute Weiterbildung wieder als selbstverständliche Bringschuld ärztlicher Tätigkeit in Führungsverantwortung betrachtet und positiv besetzt wird. Epidemien kommen und gehen. Gut weitergebildete Ärztinnen und Ärzte bleiben. Ihnen unsere besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist sowohl eine der grundlegenden Formulierungen ärztlicher Ethik als auch unsere eigene Lebensversicherung.

Ihr Thomas Werner

Exposing Power & Privilege in Times of Crisis

Der erste virtuelle Humanitäre Kongress Berlin vom 26. bis 30. Oktober 2020

Die COVID-19-Pandemie legt schockierend soziale Ungleichheiten offen – sowohl zwischen reichen und ärmeren Ländern als auch innerhalb von Gesellschaften. Das Bild von COVID-19 als Gleichmacher ist falsch. Marginalisierte und ausgegrenzte Menschen trifft die Pandemie am Härtesten, ähnlich wie dies auch für die humanitären Konsequenzen der Klimakrise gilt.

Die weltweiten Proteste gegen systemimmanenten Rassismus und Gewalt haben zeitgleich solch globale Ungerechtigkeiten stärker in die öffentliche Debatte gerückt. Mehr als überfällig sind diese Auseinandersetzungen auch im humanitären Sektor, und es gilt, Machtstrukturen und Privilegien zu reflektieren und konkrete Veränderungen anzustoßen.

Zu Beginn der diesjährigen Programmplanungen war kaum abzusehen, welche Schlagkraft der Titel

„Exposing Power & Privilege in Times of Crisis“ haben würde. Umso bedeutsamer ist es, nun all jenen zuzuhören, die zu diesem Thema zu Wort kommen sollten und gleichzeitig Zugangsbarrieren abzubauen.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie findet der diesjährige Kongress nicht wie geplant als Präsenzveranstaltung statt. Unabhängig davon, ob behördliche Anordnungen eine grundsätzliche Durchführung gestatten würden, verhindern die weltweiten Reisebeschränkungen eine Veranstaltung, die unserem Anspruch an einen diversen und inklusiven Austausch gerecht wird. Daher laden die Ärztekammer Berlin, Ärzte der Welt, das Deutsche Rote Kreuz und Ärzte ohne Grenzen zu-

sammen mit den diesjährigen Partnerorganisationen Greenpeace und Oxfam in eine virtuelle Umgebung ein, um den so wichtigen Austausch auch in diesem Jahr zu ermöglichen. Diese digitale Lösung ist eine große Chance, denn sie baut eine Vielzahl an Zugangsbarrieren ab, bietet kreativen Raum, um sich zu vernetzen, und reduziert darüber hinaus noch deutlich den CO₂-Abdruck der Veranstaltung.

Seit mehr als 20 Jahren bietet der Humanitäre Kongress Berlin Teilnehmenden aus Wissenschaft, Politik und Medien sowie

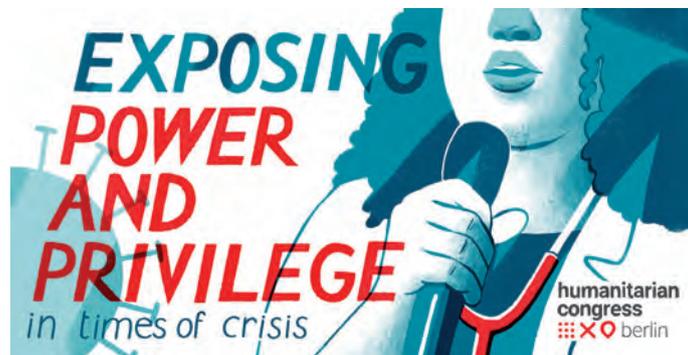


Illustration: Eva Feuchter

von verschiedenen Nichtregierungsorganisationen und aus unterschiedlichsten Studienfachrichtungen die Gelegenheit, ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Ideen zu humanitärer Arbeit in einem internationalen und multidisziplinären Rahmen auszutauschen. Durch die jährliche Zusammenkunft von mittlerweile mehr als 1.000 Menschen aus aller Welt hat der Humanitäre Kongress Berlin eine Gemeinschaft geschaffen, die ein gemeinsames Interesse an der Reflexion über die drängenden Herausforderungen des humanitären Wirkens hat.

Charakteristisch für die Veranstaltung ist nicht nur die kontroverse Betrachtung des Leitthemas, sondern zugleich die Bereitschaft der Teilnehmenden sich selbstkri-

tisch den medizinischen, sozialen und rechtlichen Fragen zu stellen, sodass humanitäre Arbeit weitergedacht und -entwickelt werden kann.

Es wird in diesem Jahr darum gehen, bestehende Machtungleichgewichte, Rassismus sowie weiße Privilegien im humanitären Sektor zu erörtern und zu diskutieren, wie soziale Ungleichheiten die globalen Krisenreaktionen prägen beziehungsweise, wie eine Dekolonialisierung der humanitären Hilfe stattfinden kann. Die Teilnehmenden werden sich mit aktuellen Fragen auseinandersetzen, beispielsweise dem Kampf gegen die Verbreitung von medizinischen Falschinformationen und dem Profitstreben des Privatsektors in Bezug auf Medikamente, Tests und Impfstoffe. Auf dem Programm steht zudem die Betrachtung einer aktuell veränderten Bedrohungslage für vulnerable Gruppen, zum Beispiel durch massiv ansteigende geschlechtsspezifische Gewalt.

Die Betrachtung der humanitären Folgen des Klimawandels – etwa am Beispiel voranschreitender Urbanisierung – bietet eine thematische Anknüpfung zum Kongress des vergangenen Jahres.

Wie in jedem Jahr wird es auch dieses Mal ein Humanitäres Forum geben – ebenso virtuell. Hier haben verschiedene Nichtregierungsorganisationen und

Universitäten die Gelegenheit, sich den Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmern vorzustellen.

Alle Informationen bezüglich Anmeldung, Programm und technischer Voraussetzungen finden Sie unter: www.humanitarian-congress-berlin.org.

Kontakt:

Nora Dettmer
Advocacy Project Manager &
Coordinator Humanitarian Congress Berlin
Ärzte ohne Grenzen e.V. / Médecins Sans Frontières

Am Köllnischen Park 1
D-10179 Berlin
Tel.: 030 700130-238
E-Mail: humanitarian-congress@berlin.msf.org

TITELTHEMA

EDITORIAL.....

Ärztliche Weiterbildung im Krisenmodus

Von Thomas Werner.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*

..... 6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Exposing Power & Privilege in Times of Crisis

Der erste virtuelle Humanitäre Kongress Berlin

Von Nora Dettmer.....4

PSA: Globale Lieferkette – und nun?

Ein Feature aus dem British Medical Journal.....27

COVID-19: Medizin, Politik und Öffentlichkeit

Wissenschaftstheoretische und -praktische Reflexionen

Von Felix Tretter und

Dieter Adam.....33

FORTBILDUNG.....

CIRS ambulant.....22

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin

.....24

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen

Juli und August 2020.....21

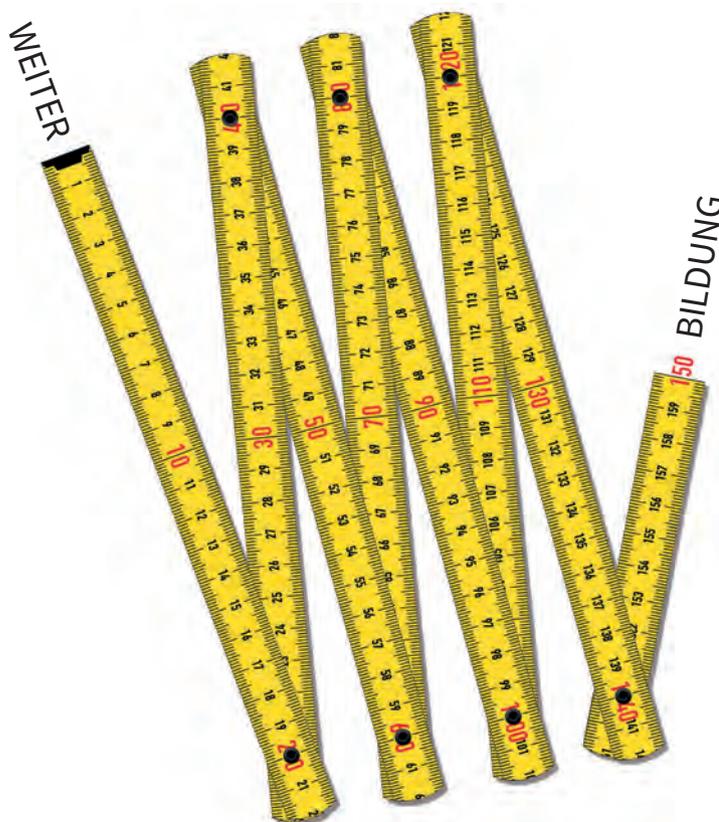
In memoriam Harald Mau.....30

In memoriam Volker Schliack.....31

In memoriam

Josef Kloppenborg.....32

Mit Abstand, aber möglichst ohne Abstriche



Ärztliche Weiterbildung in Zeiten von Hygieneschutz

Die SARS-CoV-2-Pandemie sorgte ab Mitte März für eine Ausnahmesituation in Arztpraxen und Kliniken. Das traf vor allem auch junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung.

Von Adelheid Müller-Lissner..... 14

MBA-Studium Krankenhausmanagement

In Kooperation mit Vivantes bietet die Hochschule Neubrandenburg ab kommendem Frühjahr bereits zum fünften Mal den weiterbildenden, berufsbegleitenden Master-Studiengang Management im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt „Krankenhausmanagement“ an.

Zielgruppe:

- Ärztinnen und Ärzte
- Pflege (inklusive Funktionsdienst und Medizinisch-Technische Dienste)
- Verwaltungskräfte
- andere akademische Beschäftigte im Gesundheitsbereich

Das zweijährige Master-Studium „Krankenhausmanagement“ wird mit dem berufsqualifizierenden Abschluss „Master of Business Administration“ (MBA) abgeschlossen.

Zum Master-Studium kann zugelassen werden, wer

- einen akademischen Abschluss, Examen Diplom oder Bachelor mit mind. 240 ECTS und
- eine mindestens einjährige einschlägige Berufserfahrung nachweisen kann.

Alle Lehrveranstaltungen sind zu zwölf Modulen zusammengefasst. Die Module werden blockweise an durchschnittlich zehn Präsenztagen (Freitag und Samstag) pro Semester

zumeist im Institut für Fort- und Weiterbildung im Vivantes Wenckebach-Klinikum angeboten. Pro Studiensemester sind 15 Credits (ECTS-Punkte) und innerhalb des viersemestrigen Studienganges insgesamt 60 Credits zu erbringen. Die Studiengebühr beträgt insgesamt 12.500 Euro und ist in drei jährlichen Raten zahlbar.

„Das MBA Studium Krankenhausmanagement war auch nach langjähriger Leitungstätigkeit ein echter Zugewinn für meine berufliche Praxis. Den strukturierten Studiengang kann ich Führungskräften im Krankenhaus nur empfehlen.“

Prof. Dr. Ludwig Niehaus, Chefarzt Neurologie, Rems-Murr-Kliniken

„Als klinisch tätige Chirurgin liegt mir die Arbeit der direkten Patientenversorgung sehr am Herzen. Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten ist eine betriebswirtschaftliche Weiterbildung mittlerweile unumgänglich, so kann ich im Gespräch mit der Geschäftsführung die Belange der Patienten besser verständlich machen. Es waren zwei intensive und gute Jahre der Weiter- und Fortbildung.“

Carolin Oeder, Fachärztin, Havellandkliniken

„In diesem interdisziplinären Studiengang werden neben ökonomischen auch rechtliche, ethische und sozialwissenschaftliche Inhalte vermittelt, welche mir umfassende Kompetenzen in Managementbereichen von Gesundheitseinrichtungen ermöglichen. Als weiteren positiven Aspekt habe ich die exzellenten Möglichkeiten zum berufsgruppen und unternehmensübergreifenden Netzwerken empfunden.“

Dr. med. Heiko Spank (Chefarzt, Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum)

Infotage

Interessierte können sich am **8. und am 20. Oktober 2020 jeweils von 17:30 bis 19:00 Uhr** im Institut für Fort- und Weiterbildung am Vivantes Wenckebach-

Klinikum, Wenckebachstraße 23 in 12099 Berlin, über die genauen Inhalte und Bewerbungsmodalitäten für die Zulassung zum Studiengang „Krankenhausmanagement“ informieren.

Nähere Informationen erhalten Interessierte auch von Dr. Eva Müller-Dannecker, Leiterin Personal- und Organisationsentwicklung der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH, unter der Rufnummer: 030 13011-1410 oder per E-Mail: eva.mueller-dannecker@vivantes.de.

Sowie von Andrea Fiedler, Koordinatorin des Studienganges an der Hochschule Neubrandenburg, unter der Rufnummer: 0395 5693-2006 und per E-Mail: fiedler@hs-nb.de.

Arzt SUCHT Hilfe – Suchtproblematik bei Ärztinnen und Ärzten

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

Suchen Sie Hilfe, Beratung, Unterstützung?

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

Weitere Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf der Website der Ärztekammer Berlin: www.aekb.de/suchtintervention/

Nachwahlen

Nachwahlen in der Delegiertenversammlung

Dr. med. Matthias Blöchle wurde am 16. September 2020 von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin zum Vizepräsidenten gewählt. Der niedergelassene Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin folgt damit auf Dr. med. Regine Held, die am 30. Juni 2020 ihr Amt niedergelegt hat.

Blöchle ist seit 2007 Mitglied der Delegiertenversammlung für die Liste „Allianz Berliner Ärzte“ und seit April 2017 Mitglied des Kammervorstandes der Ärztekammer Berlin.

Neu in den Vorstand wurde außerdem die HNO-Ärztin Dr. med. Kathleen Chaoui gewählt. Chaoui betreibt eine Gemeinschaftspraxis in Berlin-Charlottenburg. Sie ist im Weiterbildungsausschuss IV vertreten und Mitglied der „Allianz Berliner Ärzte“.

Außerdem kündigte Präsident Prof. h. c. (DPU) Dr. med. Günther Jonitz im Rahmen der Delegiertenversammlung seinen Rück-



Dr. med. Kathleen Chaoui und Dr. med. Matthias Blöchle

tritt bis Mitte Juni 2021 an. Er begründete diesen Schritt damit, dass er mit Blick auf die kommende Kammerwahl 2023 den Weg für die jüngere Generation frei machen wolle.

Einen ausführlichen Bericht zur Delegiertenversammlung lesen Sie in der kommenden Ausgabe von BERLINER ÄRZTE.

Elektronischer Arztausweis – Antragstellung Ja oder Nein?

Aktuelle Entwicklungen

In der September-Ausgabe von BERLINER ÄRZTE haben wir bereits über die Verabschiedung des Patientendatenschutzgesetzes (PDSG) durch den Bundestag sowie die darin vorgesehenen digitalen medizinischen Anwendungen in der Telematik-Infrastruktur (TI) berichtet. Seitdem befindet sich das Gesetz in der politischen Diskussion. Vor allem drei Themen stehen im Fokus:

- die Einhaltung des Datenschutzes in der elektronischen Patientenakte (ePA),
- die Regelung von Sanktionen bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Vorgaben,
- die Funktionsfähigkeit der TI und die Finanzierung ihrer Komponenten, auch bei Ausfall.

Die gematik hat Anfang September die Verantwortung für den Ausfall der TI im Frühsommer und die dabei entstandenen Kosten übernommen. Sie erstattet Praxen die Kosten zur Behebung der TI-Störung auf Antrag. Im Übrigen ist die Finanzierung der TI-Komponenten Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Sowohl die KV Berlin als auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung halten auf ihren Internetseiten umfangreiche Informationen zu Art und Umfang der Erstattungsmöglichkeiten bereit. An den datenschutzrechtlichen Vorgaben zur ePA wird es jedoch – trotz Kritik des Bundesdatenschutzbeauftragten und diverser KVen, der sich die Ärztekammer Berlin mit Pressemitteilung vom 20. August 2020 angeschlossen hat – vermutlich keine Änderungen mehr geben. In der Sitzung des Bundesrates am 2. September 2020 gab es keine Anzeichen, dass in dieser Sache der Vermittlungsausschuss angerufen werden soll.

Wenig wahrscheinlich ist ebenfalls, dass das Bundesgesundheitsministerium (BMG) noch einmal von den im Gesetz enthaltenen Sanktionen abrückt. Allerdings hat es dem Druck der Ärzteschaft dahingehend nachgegeben, dass die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nunmehr verschoben worden ist (s. u.).

Wann benötige ich einen elektronischen Arztausweis?

Im Übrigen ist damit zu rechnen, dass das PDSG im Wesentlichen unverändert verabschiedet werden wird. Mehrere Regelungen in dem Gesetz enthalten Vorgaben zur Erforderlichkeit der Anwendung des elektronischen Arztausweises (eA). Daher dürfte der eA im Verlauf des nächsten Jahres für die Mehrzahl der Kammermitglieder zu einem notwendigen Arbeitsinstrument werden. Anhand der nachstehenden Ausführungen können Sie für sich prüfen, ob und wann Sie einen eA haben müssen oder sollten.

■ § 338 Absatz 3 iVm. § 334 Absatz 1 PDSG-E: **Zum 1. Januar 2021** halten die ersten medizinischen Anwendungen Einzug in die TI, zum Beispiel das elektronische Notfalldatenmanagement oder der elektronische Medikationsplan. Beide Anwendungen sind für gesetzlich Versicherte freiwillig. Allerdings haben sie gegenüber ihrer Ärztin oder ihrem Arzt einen Anspruch auf Erstellung, Aktualisierung und Löschung der entsprechenden Daten (vgl. zum Beispiel § 358 Absatz 3 PDSG-E). Die Krankenkassen werden ihre Patientinnen und Patienten hierzu in Kürze informieren. Für alle in § 334 Absatz 1 PDSG-E



© Bundesärztekammer

aufgeführten Anwendungen ist der Einsatz des eA gesetzlich vorgesehen. Wenn Sie also die Ansprüche Ihrer gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten bedienen möchten, benötigen Sie einen eA.

■ § 340 Absatz 4 PDSG-E: Die Norm sieht vor, dass die Ausgabe von Institutionskarten (SMC-B) **ab dem 1. Januar 2021** nur erfolgen darf, wenn der Institution die Inhaberin oder der Inhaber eines eA zugeordnet werden kann. Aus ihr wird geschlossen, dass Arztpraxen und Krankenhäuser, die bereits Institutionskarten im Einsatz haben, um das Versichertenstammdatenmanagement durchzuführen, erst auf die oben genannten medizinischen Anwendungen zugreifen dürfen, wenn dort ein eA vorhanden ist. Mit dieser Kopplung der Institutionskarte an den eA soll sichergestellt werden, dass nur berechtigte Institutionen auf medizinische Daten der TI zugreifen können.

■ § 341 Absatz 5 PDSG-E: **Bis zum 30. Juni 2021** müssen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ihrer KV nachwei-

sen, dass sie über die notwendigen Komponenten verfügen, um auf die ePA zugreifen zu können; dazu gehört auch der eA. Wird dieser Nachweis nicht erbracht, soll die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen pauschal um ein Prozent gekürzt werden, bis der Nachweis vorliegt.

■ § 295 SGB V i.V.m. dem Bundesmantelvertrag-Ärzte: **Ab dem 1. Januar 2021** müssen die Daten von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen unmittelbar elektronisch an die zuständige Krankenkasse versendet sowie elektronisch signiert werden; auch hierfür ist ein eA erforderlich. Da noch nicht alle betroffenen Leistungserbringenden über die dafür notwendigen Komponenten und Anschlüsse verfügen, hat das BMG einer Übergangsfrist **bis zum 1. Oktober 2021** zugestimmt. Zum Redaktionsschluss war noch unklar, ob der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen die dafür notwendige Zustimmung erteilt sowie das Ende der Übergangsfrist bereits **auf den 1. Juli 2021** festsetzt.

Gilt das auch für Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte?

■ Grundsätzlich benötigen auch alle Ärztinnen und Ärzte, die die vorgenannten Anwendungen ab

dem 01.01.2021 gegenüber ihren gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erbringen möchten oder müssen, einen eA. Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in technischer und organisatorischer Sicht ist jedoch Sache des Krankenhausbetreibers. Bitte besprechen Sie mit diesem daher die Notwendigkeit eines Antrages sowie den Umgang mit den entstehenden Kosten für den eA vor der Antragstellung.

Gilt das auch für den privatärztlichen Bereich?

■ Nein, die vorgenannten Ausführungen gelten nur für Ärztinnen und Ärzte, die gesetzlich Versicherte auf der Grundlage des Fünften Sozialgesetzbuches

behandeln. Allerdings soll perspektivisch auch der privat-ärztliche Sektor an die TI angeschlossen werden. Sobald sich hier eine Notwendigkeit zur Beantragung des eA abzeichnet, werden wir Sie geeignet informieren. Unabhängig davon kann jedoch auch bereits jetzt jedes ausschließlich privatärztlich tätige Mitglied einen eA erhalten.

Antragstellung

Bitte beachten Sie, dass vom ersten Schritt der Beantragung bis zur Lieferung Ihres Ausweises durch den Kartenhersteller je nach Antragsaufkommen rund vier Wochen, gegebenenfalls mehr, vergehen können. Bitte berücksichtigen Sie dies bei Ihren Planungen.

Sehr gut lässt sich die Beantragung des eA über das Mitgliederportal der Ärztekammer Berlin anstoßen. Dieser Weg ist schnell und bietet Ihnen das höchste Maß an Datenschutz und Datensicherheit. Sie finden das notwendige Formular in Ihrem geschützten Login-Bereich unter dem Reiter „Elektronischer Arztausweis Antrag“.

Sie nutzen das Mitgliederportal noch nicht? Dann schreiben Sie uns unter dem Betreff „Zugang Mitgliederportal“ und unter Angabe Ihres Namens und Geburtsdatums an: **Ärztekammer Berlin
Kammermitgliedschaft**

**Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
E-Mail: mitgliederportal@aekb.de.**

Sofern Sie Ihre Zugangsdaten für das Mitgliederportal verlegt oder vergessen haben, können Sie diese auf unserer Website www.aekb.de unter dem Stichwort „Mitgliederportal/Login für Mitglieder“ neu anfordern.

Weitere Informationen zum elektronischen Arztausweis sowie eine Antwort auf die Frage, wie Sie über die Website der Ärztekammer Berlin einen Antrag auf eA stellen können, finden Sie ebenfalls auf unserer Website unter dem Stichwort „Elektronischer Arztausweis“.

Umfrage

Statistisches Bundesamt führt in ausgewählten Praxen eine Kostenstrukturerhebung durch

Das Statistische Bundesamt (Destatis) führt ab Oktober 2020 auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) eine repräsentative Umfrage zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2019. Ihr Ziel ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen sowie die dafür erforderlichen Aufwendungen und deren Zusammensetzung darzustellen. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, hat der Gesetzgeber für die Erhebung eine Auskunftspflicht festgelegt. Die auskunftspflichtigen Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt, wobei Praxen, die bereits an der Kostenstrukturerhebung aus dem Jahr 2015 teilgenommen haben, in der Regel nicht mehr einbezogen werden. Ab Oktober 2020 erhalten die ausgewählten Praxen die Zugangsdaten zum Online-Fragebogen, der dann innerhalb einer Frist von vier Wochen ausgefüllt werden muss.

Welche Erkenntnisse lassen sich aus der Kostenstrukturerhebung ziehen?

Um die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit in einem vierjährigen Turnus höchstens fünf Prozent der Praxen befragt. Die Ergebnisse werden auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet und sollen im Sommer 2021 veröffentlicht werden. Sie dienen unter anderem der Erstellung zur volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen sowie der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern. Die Praxen selbst haben die Möglichkeit, betriebswirtschaftliche Vergleiche durchzuführen und damit Ansatzpunkte zur Verbesserung von Arbeitsabläufen zu erkennen.

Ausführliche Informationen und die Ergebnisse der Kostenstrukturerhebung für das Jahr 2015 sind als Download unter: www.destatis.de > Themen > Branchen und Unternehmen > Dienstleistungen > Publikationen > Medizinischer Bereich > Fachserie 2, Reihe 1.6.1 erhältlich. Für Rückfragen stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Statistischen Bundesamtes unter der Servicenummer: 0611 754242 oder der E-Mail-Adresse: kostenstruktur@destatis.de gerne zur Verfügung.

Ausschreibung

Herausragende Projekte, innovative Ansätze

Ob besondere Hygienekonzepte, Beratungsangebote oder technische Lösungen für spezielle Versorgungsbereiche – mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit würdigt und unterstützt das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) jedes Jahr innovative Ansätze im Bereich der Patientensicherheit. „In Deutschland gibt es viele Menschen und Organisationen, die sich mit großem Engagement und Ideenreichtum für die Stärkung der Patientensicherheit einsetzen“, so Dr. Ruth Hecker, Vorsitzende des APS. „Ihre Projekte wollen wir mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit unterstützen. Zudem soll der Preis dazu ermutigen, innovative Ideen voranzutreiben und in die Praxis umzusetzen.“ Gesucht werden besondere Ideen und Projekte, die eine neue Sicherheitskultur im Gesundheitswesen unterstützen und fördern. Projekte, die sich auf die Bewältigung der Coronakrise und die Förderung sowie den Einsatz digitaler Techniken beziehen, sind ausdrücklich erwünscht.

Teilnehmen können Kliniken, Praxen, Pflegedienste, Apotheken, Healthcare-Anbieter, Verbände, Organisationen, Gesundheitsämter sowie Krankenkassen. Einsendeschluss ist der 2. November 2020. Unter allen Bewerbern wählt eine fachkundige Jury drei Preisträger aus. Erstmals wird zudem ein Nachwuchsförderpreis für eine Dissertation, Bachelor- oder Masterarbeit vergeben. Die Verleihung des Preises ist im Rahmen der 15. Jahrestagung des Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. im April 2021 in Berlin geplant.

Ausführliche Informationen zur Bewerbung finden Interessierte unter: www.aps-ev.de/dpfp/.

Herzinfarkte schneller und besser erkennen

Bei einem Herzinfarkt zählt jede Minute. Im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projekts „QS-Notfall – Verbesserung der Notfallversorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin und Brandenburg“ (Förderzeitraum 01.03.2017 bis 29.02.2020) ist von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V. (BzHIR) als Konsortialführerin des Projekts die E-Learning-Fortbildung „STEMI Einfach erkennen“ als eine der Interventionsmaßnahmen des Projekts entwickelt worden.

Während der Projektlaufzeit konnten sich für das E-Learning zunächst nur Beschäftigte der am Projekt „QS-Notfall“ beteiligten Rettungsdienste und Kliniken im Land Berlin sowie den Brandenburger Landkreisen Havelland und Oberhavel auf der passwortgeschützten Lernplattform der Ärztekammer Berlin einschreiben. Diese Möglichkeit nutzen rund 5.000 Interessierte.

Seit dem Ende der Projektförderung „QS Notfall“ bietet die Ärztekammer Berlin in Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V. die E-Learning-Fortbildung auch für ehemals nicht am Projekt beteiligte und insbesondere im Rettungsdienst tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Rettungsdienstpersonal an.

Ziel der 1 bis 1,5-stündigen E-Learning Fortbildung ist das sichere Erkennen eines Herzinfarkts mit einer ST-Streckenhebung (STEMI) im EKG. Das schnelle und sichere Erkennen ist mitentscheidend für eine schnelle Behandlung im Herzkatheterlabor mit Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes und somit für das Überleben und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten. Ausführliche Informationen zu den Inhalten und Abläufen der Fortbildung erhalten Interessierte unter: <https://anmeldung-fb.aekb.de>.

Das vom Innovationsfonds geförderte Projekt „QS-Notfall“ hatte zum Ziel, die Versorgungszeiten für Herzinfarktpatienten vom ersten medizinischen Kontakt bis zur Wiedereröffnung des verschlossenen Gefäßes zu verkürzen. Der Ergebnisbericht des Projektes wurde am 9. September 2020 in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. „Wir freuen uns über die erfolgreiche Kooperation der Länder Berlin und Brandenburg bei diesem wichtigen Thema. Die

grundsätzliche Bedeutung dieses Projekts liegt in der verbesserten, strukturierten Zusammenarbeit aller Akteure und Institutionen“, so Prof. h. c. (PU) Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, im Zusammenhang mit der Veröffentlichung des Projektberichts. Durch eine zielgerichtete Fortbildung und den erfolgreichen Einsatz digitaler Technologien in Schulung, Diagnostik und Kommunikation werde die Versorgung deutlich optimiert.

Personalien

Ehrenprofessur für Dr. med. Günther Jonitz

Dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin wurde im August 2020 von der Danube Private University (DPU) in Krems, Österreich, eine Professur Honoris Causa verliehen. Zugleich ist er damit zum Professor der Universität ernannt worden. Die DPU bietet seit ihrer Gründung im Jahr 2009 den Studiengang Zahnmedizin und seit dem Wintersemester 2019/20 den Studiengang Humanmedizin an, zu dessen Lehrkörper Jonitz nun gehört.

Die Privatuniversität mit aktuell rund 1.800 Studierenden vertritt ein humanistisches Leitbild. Neben dem fachlichen Studium steht die Bildung von Geist und Seele im Mittelpunkt. So sollen die Studierenden ihren Beruf als Dienst am Menschen begreifen.

AUSBILDUNGSPLATZBÖRSE DER ÄRZTEKAMMER BERLIN

SIE SUCHEN EINE AUSZUBILDENDE ODER EINEN AUSZUBILDENDEN?

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

Sie haben die Möglichkeit, Ihre Anzeige auf unserer Website unter www.aekb.de/mfa

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

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

FÖRDERPROGRAMM DES BUNDES „Ausbildungsplätze sichern“

Die Bundesregierung hat ein Hilfsprogramm im Umfang von 500 Millionen Euro für kleine und mittelgroße Ausbildungsbetriebe auf den Weg gebracht, um durch die Corona-Pandemie bedrohte Ausbildungsplätze zu sichern. Am 29. Juli 2020 haben die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Anja Karliczek, und der Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, die Erste Förderrichtlinie für das Bundesprogramm „Ausbildungsplätze sichern“ unterzeichnet. Damit sind am 1. August pünktlich zum neuen Ausbildungsjahr wesentliche Teile dieses Programms gestartet, mit dem die Bundesregierung kleine und mittlere Unternehmen fördert.

Folgende Unterstützungen sind vorgesehen:

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

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

Die Antragsunterlagen stehen auf der Internetseite der BA zur Verfügung. Außerdem sind auf dieser Seite alle weiteren wichtigen Informationen, beispielsweise zu Förderbedingungen und zu

Voraussetzungen für eine Förderung zusammengestellt. Für weitere Rückfragen ist die Hotline des Arbeitgeber-Services unter folgender Telefonnummer erreichbar: 0800 4555520 (gebührenfrei).

Bescheinigung der Ärztekammer Berlin als zuständige Stelle

Die Förderrichtlinie sieht vor, dass Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber dem Antrag eine Bescheinigung der nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) zuständigen Stelle beizufügen haben. Für den Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte/Medizinischer Fachangestellter ist das in Berlin die Ärztekammer Berlin. Einen Vordruck für diese Stellungnahmen finden Sie ebenfalls auf der Internetseite der Bundesagentur für Arbeit. Sollte Ihr Betrieb also die Voraussetzung für eine Förderung von Ausbildungsplätzen erfüllen, senden Sie gerne die auszufüllende Bescheinigung an die Abteilung 3 – Berufsbildung der Ärztekammer Berlin (MedF@aekb.de). Für weitere Rückfragen nutzen Sie bitte die oben angegebene Service-Hotline der Agentur für Arbeit.

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

STELLENPLATZBÖRSE FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

SIE SUCHEN MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL?

Als neuen Service bietet die Ärztekammer Berlin ihren Mitgliedern nun auch eine Stellenbörse für ausgebildetes medizinisches Assistenzpersonal an. Das Angebot richtet sich an Kammermitglieder in eigener Niederlassung. Sie sind auf der Suche nach medizinischem Assistenzpersonal und benötigen dringend Unterstützung für Ihre Praxis?

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

AUSBILDUNG „Ausbilden leicht gemacht“ modulare Informationsreihe Teil 1: Ausbildungsvoraussetzungen

Termin:
Zeit:
Ort:

Mi., 2. Dezember 2020
18:00 bis 21:00 Uhr
Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16
10969 Berlin

Informationen/Anmeldung:
Anmeldeschluss:
Adressaten:

www.aekb.de, Tel.: 030 40806-2626
Fr., 20. November 2020
Ärztinnen und Ärzte, die (erstmalig) ausbilden möchten, medizinisches Assistenzpersonal
frühzeitige Anmeldung empfohlen

Teilnehmendenzahl:

„Ausbilden leicht gemacht“, unsere modular aufgebaute (kostenfreie) Informationsreihe, richtet sich an erstmals sowie an erfahrenere Auszubildende.

Wir möchten Sie darin unterstützen, ein Ausbildungsverhältnis erfolgreich aufzunehmen, anzuleiten und abzuschließen. Dabei informieren wir Sie rund um **Voraussetzungen – Durchführung – Konfliktmanagement – Prüfungswesen** der Ausbildung zur oder zum Medizinischen Fachangestellten. Neben Grundlagenwissen zum Ausbildungsstart erwarten Sie spannende thematische Vertiefungen.

Teil 1 – Ausbildungsvoraussetzungen (2. Dezember 2020):

Der erste Veranstaltungsteil bietet Ihnen einen komprimierten Überblick und Einstieg rund um die Voraussetzungen des Ausbildungsstartes.

Themenauszug: Eignung Auszubildende/-Ausbildungsstätte, Vertrag, Ausbildungsplan, Rechte und Pflichten, überbetriebliche Ausbildung sowie Ansprechpersonen.

Im zweiten Veranstaltungsteil freuen wir uns, Vertreterinnen und Vertreter der Berufsschulen begrüßen zu dürfen, die Ihnen Informationen unter anderem zu Themen der Berufsschulanmeldung sowie zum Lernfeldunterricht geben.

Darüber hinaus greifen wir gerne Ihre individuellen Themen und Fragen zum Ausbildungsstart auf, kommen mit Ihnen ins Gespräch und teilen wertvolle Praxiserfahrungen.

Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung an, mit wie vielen Personen Sie teilnehmen möchten.

AUSBILDUNG Förderkurse „Deutsch“ in der Berufsschule

Die Rahel-Hirsch-Schule, Oberstufenzentrum Gesundheit und Medizin, bietet im Schuljahr 2020/2021 wieder zusätzliche Sprachförderkurse für MFA-Auszubildende an. Diese Kurse über 45 Minuten finden wahlweise an folgenden Terminen statt:

Montag + Mittwoch:	10:35–11:20 Uhr
Dienstag:	11:50–12:35 Uhr
Donnerstag + Freitag:	10:35–11:20 Uhr sowie 11:50–12:35 Uhr

Die Förderkurse werden für Auszubildende der Rahel-Hirsch-Schule angeboten, die einen besonderen Unterstützungsbedarf im sicheren Gebrauch der deutschen Sprache haben. Dabei soll grundlegendes Grammatik- und Orthografiewissen sowie die medizinische Fachsprache wiederholt und gefestigt werden. Mit dem Angebot sichert die Rahel-Hirsch-Schule für viele Auszubildende ein zusätzliches Angebot vor beziehungsweise nach dem „kurzen“ Berufsschultag.

Bitte wenden Sie sich im Bedarfsfall direkt an die Schule. Sofern Sie Ihre Auszubildende oder Ihren Auszubildenden für die regelmäßige und verbindliche Teilnahme an dem Angebot freistellen, erfolgt auf Wunsch auch eine Rückmeldung über die Anwesenheit.

WEITERQUALIFIZIERUNG DURCH FORTBILDUNG Kommunikation – Interaktion mit chronisch Kranken

Die kommunikative Kompetenz des medizinischen Assistenzpersonals ist ein entscheidender Faktor, der den Erfolg einer Behandlung mit beeinflusst und sich unmittelbar auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten auswirkt.

Die Ärztekammer Berlin bietet deshalb demnächst eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Kommunikation – Interaktion mit chronisch Kranken“ für Medizinische Fachangestellte sowie Arzthelferinnen und Arzthelfer an:

Termin: Do., 29. Oktober 2020 von 8:30–15:30 Uhr

Umfang: 8 Kursstunden

Die Veranstaltungen richten sich auch an Absolventinnen und Absolventen anderer medizinischer Fachberufe sowie anderer Gesundheitsberufe. Interessierte, die über hinreichende Berufserfahrung in einem der vorgenannten Berufe verfügen, können ebenfalls an den Kursen teilnehmen.

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

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

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

Die Kursveranstaltung findet in den Räumen der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin statt. Die Anmeldeunterlagen sowie weiterführende Informationen werden demnächst auf unserer Website zur Verfügung gestellt. Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Gerne können Sie sich bereits jetzt vormerken lassen: MedF@aekb.de oder unter der Telefonnummer 030 40806-2636.

Werde MFA!
Informiere Dich hier



Mit Abstand, aber möglichst ohne Abstriche

Ärztliche Weiterbildung
in Zeiten von
Hygieneschutz



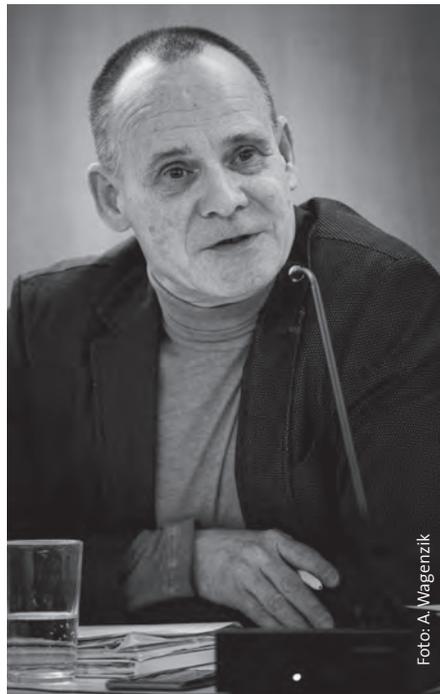
Zu Beginn der Corona-Krise bekamen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte auch in Deutschland Applaus von den Balkons, ihre Arbeit wurde rasch als „systemrelevant“ eingestuft. Ärztliche Kolleginnen und Kollegen, die in dieser Zeit kurz vor der Facharztprüfung standen, wurden vor besondere Herausforderungen gestellt – und in vielerlei Hinsicht hält der Ausnahmezustand noch an. Pragmatische Lösungen sind gefragt, und sie werden schon mit Erfolg eingesetzt.

Von Dr. Adelheid Müller-Lissner

Die SARS-CoV-2-Pandemie sorgte ab Mitte März für eine Ausnahmesituation in Krankenhäusern wie in Arztpraxen. Das traf junge Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in ganz besonderer Weise: Denn vieles, was sie in ihrem jeweiligen Fachgebiet noch sehen, lernen und/oder üben mussten, fand in dieser Zeit schlicht nicht statt. Dafür wurden einige der angehenden Fachkräfte in Notaufnahmen und Abstrichstellen gebraucht und dort „fachfremd“ eingesetzt.

Doch wie soll man damit umgehen, dass Ärztinnen und Ärzte zeitweise in Abstrichstellen versetzt wurden und damit weniger Zeit an dem Ort verbringen konnten, den sie für ihre Weiterbildungszeit brauchten? „Dafür werden wir uns etwas überlegen müssen“, so Dr. med. Antje Koch, die Leiterin der Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer Berlin. „Dies ist sicher auch abhängig davon, ob noch wesentliche Inhalte für die Zulassung zur Facharztprüfung fehlen.“ Immerhin handele es sich nur um einen begrenzten Zeitraum, meist von Mitte März bis Mitte Juni. „In einer fünf- bis sechsjährigen Facharztweiterbildung ist dies ein verhältnismäßig kleiner Zeitraum.“

Weit heikler ist die Frage, wie verfahren werden soll, wenn den jungen Ärztinnen und Ärzten wegen des Lockdowns Untersuchungen und Eingriffe in ihrem Logbuch fehlen, weil zahlreiche Operationen während dieser Zeit ausfielen und elektive Eingriffe zeitweise so gut wie gar nicht stattfanden. Einerseits waren da bekanntlich die Vorgaben des Berliner Senats, die die Krankenhäuser dazu anhielten, Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freizuhalten, andererseits hatten auch viele Bürgerinnen und Bürger trotz Beschwerden Bedenken, in die Praxen zu gehen. Es gab also weniger Diagnostik und weniger Behandlungen, an denen sich angehende Fachärztinnen und -ärzte hätten bewähren können. Mit dem Facharztzeugnis erwerben die zu



Dr. med. Thomas Werner setzt auf strukturierte Abläufe.

Prüfenden jedoch eine Urkunde, in der bescheinigt wird, dass sie diese Eingriffe selbstständig ausführen können. „Es geht um Qualität“, gibt Koch zu bedenken. Im Einzelfall müsse daher über eine Verlängerung der Weiterbildungszeit nachgedacht werden.

„In der Weiterbildung kann man keine Abstriche machen“, sagt auch der bei Vivantes im Friedrichshain tätige Allgemein- und Viszeralchirurg Dr. med. Thomas Werner vom Marburger Bund. Er ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und stellvertretender Vorsitzender im Weiterbildungsausschuss III sowie Vorsitzender im Ausschuss Versorgung. Patentlösungen gebe es aber nicht. „Seit die Lockungsmaßnahmen gegriffen haben, ist der Betrieb in den Kliniken zwar wieder hochgefahren worden, aber es werden nach wie vor Kapazitäten für COVID-19-Patientinnen und -Patienten freigehalten und wir müssen damit rechnen, dass dieser Zustand über längere Zeit anhalten wird.“ Krankenhäuser mit vielen Mehrbettzimmern seien schon wegen der Abstandsregeln besonders betroffen. „Große Häuser mit Notfallversorgung trifft es etwas weniger, aber treffen tut es alle.“

Dazu kommt, dass eben viele junge Kolleginnen und Kollegen seit Mitte März auch in „fachfremden“ Bereichen ihrer Häuser eingesetzt wurden. „In Vorbereitung auf die gefürchtete große Welle war das bei uns zum Teil im intensivmedizinischen Bereich und in den Rettungsstellen der Fall, wo ja viel mehr Personal gebraucht wurde.“ Werner befürchtet, dass sich Weiterbildungszeiten verlängern, weil die Betroffenen nun länger brauchen, um alle Anforderungen zu erfüllen. „Operieren kann man nun mal nicht online.“ Allenfalls könne man verstärkt auf das Training an Modellen setzen, an denen man Techniken erlernen kann.

Also stellt sich die Frage, wie man den jungen Kolleginnen und Kollegen in dieser Situation sonst noch wirksam helfen kann. „Ein Ansatzpunkt ist sicher, dass es in solchen Fällen unkomplizierte Verlängerungen von befristeten Arbeitsverträgen geben sollte. Das wird ein Thema im Ausschuss Versorgung sein, der aber erst seit September wieder tagen kann. Die Ärztekammer Berlin kann hier politisch einwirken. Aber vor allem ist der Marburger Bund als Gewerkschaft gefordert“, so Werner weiter. In Kliniken müsse man zudem den Fokus auf die Weiterbildung verstärken und eventuell Kolleginnen und Kollegen, die kurz vor der Prüfung stehen, bevorzugt behandeln. „Wir müssen uns um einen strukturierten Ablauf bemühen, müssen die jungen Kollegen immer wieder ansprechen, die strukturierten Weiterbildungsprogramme noch einmal genau anschauen und eventuell anpassen. Es müssen gegebenfalls auch kurzfristig zusätzliche Weiterbildungsgespräche mit den Chefarzten und eine regelmäßige Evaluierung der Leistungen stattfinden.“

Was eigentlich zu jedem Zeitpunkt gilt, wird unter Pandemiebedingungen besonders wichtig. „Die Weiterbildungsbefugten müssen sich überlegen, wie die Assistenzärztinnen und -ärzte in ihren Einrichtungen das Versäumte nachholen können, das gehört zu ihren Aufgaben“, betont auch Koch.

Homeoffice für angehende Hausärztinnen und -ärzte

Die Ausnahmesituation in Kliniken und Arztpraxen bildet zudem nicht die einzige Schwierigkeit, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auseinandersetzen müssen. Auch die Kurse, die sie laut Weiterbildungsordnung absolvieren müssen, sind von der Corona-Pandemie betroffen: Diese können wegen der Abstandsregeln nur mit weniger Teilnehmenden stattfinden. E-Learning und Online-Kurse sind – wie in anderen Bereichen auch – der nahe liegende Ausweg. „Man muss es gut machen und sich überlegen, wie man bei Präsenz-Webinaren die Anwesenheit kontrolliert“, sagt Antje Koch. Ein Problem, das an den Universitäten ebenfalls bekannt ist.

Im Kompetenzzentrum Weiterbildung Berlin, das seit Januar 2018 existiert und von der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Ärztekammer Berlin, der Kasernenärztlichen Vereinigung Berlin sowie der Berliner Krankenhausgesellschaft getragen wird und an das Institut für Allgemeinmedizin der Charité angebunden ist, hat man schnell damit begonnen, das Seminarprogramm auf den Online-Betrieb umzustellen. Die Anmeldezahlen für die freiwilligen Angebote seien gut, wie dessen Leiterin Dr. phil. Ulrike Sonntag berichtet. Sie freut sich zudem über einen intensiven Austausch mit den entsprechenden Zentren in anderen Bundesländern.

„Angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin fühlen sich ohnehin oft recht allein, weil sie die meiste Zeit nicht in Kliniken eingebunden sind“, berichtet die Psychologin. Durch Corona haben sich noch andere Defizite hinzugesellt: Teilweise haben sich die jungen Ärztinnen und Ärzte während der Sprechstunde gelangweilt, weil sie an einem Vormittag zum Beispiel nur zwei Patientinnen und Patienten gesehen haben oder ausschließlich für spezielle Tätigkeiten, wie Abstriche eingesetzt wurden. Bei den KV-Diensten konnten sie



Foto: A. Weigelt

Der Versorgungsausschuss der Ärztekammer Berlin tagte im September erstmals in Teilpräsenz.

nicht mitfahren. „Weil das so war, war uns sofort klar, dass wir mit unseren Angeboten weitermachen wollen“, berichtet Sonntag. Der übliche Fortbildungstag mit 150 Teilnehmenden wurde in kleineren Gruppen online angeboten. „Ein großer Kraftakt und keineswegs leichter zu realisieren als eine Präsenzveranstaltung“, sagt Sonntag.

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung macht seit seiner Gründung auch den Weiterbildungsbefugten Angebote. „Während der COVID-19-Pandemie haben wir den Kontakt etwas verloren“, bedauert Sonntag. Im September gab es erstmals ein Online-Angebot, im November solle wieder ein Basiskurs für Befugte angeboten werden.

Hinzu kommt das sogenannte Mentoring-Programm für die angehenden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, das nun seine Unterstützung ebenfalls via Bildschirm anbietet. Acht Mentorinnen und Mentoren sind beteiligt und Fragen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung kommen reichlich: „Ein Thema war die Umsetzung der Hygienevorschriften in den Praxen, die die jungen Kollegen zum Teil nicht streng genug fanden“, so Sonntag. Mit die wichtigste Sorge der jungen Ärztinnen und Ärzte aber war es, angesichts der durch die Pandemie

eingeschränkten Möglichkeiten bei der Facharztausbildung nicht schnell genug weiterzukommen: Einige hätten sich während ihrer stationären Einsätze als ‚abgestellt für Corona‘ empfunden, obwohl sie doch Orthopädie oder Chirurgie lernen wollten, berichtet Sonntag. Andere machten sich Sorgen, weil sie die KV-Dienste nicht absolvieren konnten. Oder sie wollten von den Kolleginnen und Kollegen wissen, wie in deren Praxen die Akutsprechstunden organisiert seien. „Und wie bei allen Menschen gab es auch persönliche Sorgen, allem voran die enorme Belastung durch die Kinderbetreuung. Alle wollten voneinander wissen: Wie macht ihr das denn?“

Gerade junge Ärztinnen und Ärzte mit kleinen Kindern profitieren von den Online-Angeboten, zu denen auch zahlreiche Seminare gehören. Diese haben auch deshalb eine höhere Reichweite, weil Termine abends angeboten werden, sodass es keine Probleme mit der Unterbrechung der Arbeit oder einer Freistellung gibt. Technisch und didaktisch habe man schnell dazugelernt, versichert Sonntag. „Am Anfang waren wir noch glücklich, wenn unsere Referenten ihre Folien teilen und ihren Vortrag halten konnten. Mittlerweile hat sich viel weiterentwickelt. Die Teilnehmer sind eingebunden, können Fragen stellen, die Seminare sind kürzer und in zwei Portionen aufgeteilt, sodass der Stoff ‚sacken‘ kann.“

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung: Austausch, Vernetzung, Engagement

Wenn der angehende Internist und Kardiologe Djawid Hashemi mit seinen Kolleginnen und Kollegen spricht, die ebenfalls noch in der Weiterbildung sind, spürt er momentan ziemlich große Verunsicherung. „Viele Gespräche zeigen, dass es Informationsdefizite gibt, weil ausführliche Beratungsgespräche in der Ärztekammer Berlin derzeit nicht möglich sind.“ Zusammen mit Mitstreiterinnen und Mitstreitern anderer Fachgebiete denkt Hashemi, Assistentensprecher der Kardiologie auf dem Campus Virchow der Charité, deshalb daran, ein Online-Format aufzusetzen, in dem die häufigsten Fragen zur Weiterbildung behandelt werden – und zwar aus Sicht der jungen Medizinerinnen und Mediziner. „Vieles ist hier Standard, den Rest kann man in Einzelgesprächen klären.“

Da die Assistenzärztinnen und -ärzte der Berliner Kliniken an ähnlichen Stellen der Schuh drückt, hat die Ärztekammer Berlin Hilfestellung für Treffen einer Runde von Assistentensprecherinnen und -sprechern gegeben. „Wegen der Pandemie versuchen wir uns aber momentan über die Konferenzsysteme der Kliniken zusammenzuschalten, außerdem haben wir einen E-Mail-Verteiler“, erklärt Hashemi. Aus solchen Möglichkeiten der Vernetzung, des Austauschs und des Engagements für neue Wege des Wissenserwerbs ziehe er eine hohe Befriedigung, gesteht der Assistenzarzt. „Deshalb stecke ich derzeit viel Lebenszeit hinein.“

Das tun auch der angehende Dortmunder Dermatologe Max Tischler und seine Kollegin Mira Faßbach,

die in Duisburg ihre Weiterbildung in Urologie absolviert. Sie teilen sich die Sprecherfunktion beim Bündnis Junge Ärzte (BJÄ), einem fachgebietsübergreifenden Zusammenschluss von Nachwuchsmedizinerinnen und -medizinern aus aktuell 23 Verbänden. Das Bündnis hat jüngst einen „Brandbrief“ an Bundeskanzlerin Angela Merkel und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn abgeschickt. Der Ausnahmezustand, den Corona auch für Kliniken und Arztpraxen bedeute, ist in ihren Augen ein besonderer Anstoß zur Veränderung. „Während des Lockdowns waren viele Dinge, die wir schon lange fordern, plötzlich möglich“, sagt Tischler. Vor allem Berufsneulinge hätten in den Kliniken davon profitiert, dass es mehr Zeit für ihre Anliegen gab – auch weil ökonomische Zwänge dort zeitweise ausgesetzt waren. „Nach der Krise kann es kein ‚Weiter so!‘ geben.“ Zu den Kernforderungen des Bündnisses gehören mehr Zeit für die Weiterbildung durch bessere Personalausstattung in den Kliniken sowie ein Digitalisierungsschub. „Natürlich müssen praktische Fähigkeiten analog erworben werden. Aber wir Jungen haben die Erfahrung gemacht, dass vieles in der Weiterbildung sehr gut digital funktioniert.“

Bereits vor der Pandemie hat Hashemi zusammen mit Kolleginnen und Kollegen überlegt, welche Tools man nutzen könnte, um die Weiterbildung zu verbessern. „Vieles ist nicht genügend strukturiert. Wir lernen zwar aus der Erfahrung, doch oft fehlt das Konzept, der rote Faden für die Inhalte.“ Die angehenden Internistinnen und Internisten initi-



Foto: Simone Baar

Djawid Hashemi, angehender Kardiologe

ierten deshalb eine Fortbildungsreihe, in der sie „im geschützten Rahmen“ den Referentinnen und Referenten die Fragen stellen können, die ihnen unter den Nägeln brennen. Dann kam Corona – und damit jede Menge neue fachliche Fragen, aber auch neuartige Beschränkungen für Fortbildungsveranstaltungen. Hashemi und seine Mitstreiterinnen und Mitstreiter stellten ihre Reihe auf die Online-Form um. „Für die erste Veranstaltung zu COVID-19 konnten wir zwei Infektiologen gewinnen, in der Folgewoche wurde über erste Daten aus dem kardiovaskulären Bereich berichtet.“ Der Vorteil der Fortbildung am Rechner ist: Man kann die Folgen mehrmals hören, und man kann sie zeitversetzt „on demand“ zu Hause verfolgen, falls man an der Teilnahme dienstlich verhindert war. „Der Nachteil ist selbstverständlich, dass man sich nicht persönlich kennenlernt“, sagt Hashemi. „Wir planen deshalb für November eine Hybrid-Veranstaltung in einem großen Saal, die auch online abrufbar sein wird.“

Selbstverständlich kann nicht jeder Lehrinhalt in dieser Form vermittelt werden. Geht es um Handgriffe, die eine Physiotherapeutin oder ein Physiotherapeut beim Anfassen den Teilnehmenden vermittelt, um manuelle Fähigkeiten im Nahtkurs, Rollenspiele zur Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten, dann stößt das Lernen am Rechner an seine Grenzen. Für Vorträge über die Aktualisierung von Leitlinien zu Husten oder Hypertonie ist es aber bestens geeignet. Was die Lernformate angeht, sei die Corona-Pandemie sehr lehrreich gewesen, meint Sonntag. „Ich glaube, wir werden nicht mehr zurückkehren zu dem, wie es vorher war.“

Abschluss trotz Pandemie

Wer Mitte März schon kurz vor der Prüfung stand oder sich sogar dafür angemeldet hatte, hatte alles zusammen, was der Weiterbildungskatalog erfordert. Angehenden Allgemeinärztinnen und -ärzten, denen nur die Dienste der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) fehlten, bei denen sie pandemiebedingt nicht mitfahren konnten, wurden nicht daran gehindert, die Prüfung trotzdem zu absolvieren, versichert Antje Koch.

Dennoch gestaltete sich deren Ablauf ebenfalls anders als gewohnt: Wie in den Praxen und Kliniken waren ab Mitte März auch die Flure der für die Prüfungen in Berlin zuständigen Selbstverwaltung verwaist. Das Gebäude in der Friedrichstraße 16 durfte bis auf wenige Ausnahmen generell nur von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer Berlin betreten werden, von denen bis auf ein Kernteam alle am heimischen Schreibtisch arbeiteten. Erst ab Mitte April gab es wieder eine zunehmende Präsenz in den Büros.

So hat die aktuelle Pandemie – größtenteils nach wie vor geltende – Vorsichtsmaßnahmen erzwungen, deren Notwendigkeit keiner besser versteht als Medizinerinnen und Mediziner. Maßnahmen, die dennoch in Sachen Weiterbildung bei den Beteiligten



Foto: A. Wagenzik

zunächst für Ratlosigkeit, für unterschiedliche Ansichten hinsichtlich des optimalen Vorgehens und teilweise auch für Unmut gesorgt haben. Für Unmut gab es bei vielen Prüfungswilligen auch Grund: Nimmt man Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungsprüfungen zusammen, wurde zwar weiter geprüft, aber allein in den ersten drei Wochen des Lockdowns mussten insgesamt 50 vorgesehene Prüfungen verschoben werden, darunter besonders viele aus dem großen Fachgebiet Innere Medizin. Prüfungen für die meisten Zusatz-Weiterbildungen mussten zeitweise ganz ausgesetzt werden, denn die für die Ausübung des ärztlichen Berufs so wichtige erste Facharztprüfung hatte Vorrang.

In dieser Situation überhaupt Prüfungen abzuhalten, ohne gegen die Berliner SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung zu verstoßen, war schon herausfordernd genug. So entstand bei Antje Koch nach eigenem Bekunden der Eindruck, „egal wie man es macht, man macht es verkehrt“: Die einen wollten zum vorgesehenen Termin ihre Prüfung ablegen – schließlich hatten sie sich schon vor Monaten dafür angemeldet und in der Zwischenzeit intensiv den Stoff wiederholt. Einige hatten bereits eine Tätigkeit in der ambulan-

ten Versorgung fest eingeplant oder wollten etwa eine Praxis übernehmen und brauchten dafür dringend ihren Facharzttitel. Ihnen mussten Bescheinigungen ausgestellt werden, dass sie bereits für die Prüfung zugelassen waren und im Hinblick auf die Weiterbildungszeiten und -inhalte Facharzt-Niveau hatten. Andere – Prüflinge und auch Prüferinnen und Prüfer – hatten umgekehrt Bedenken, sich und andere dem mit einer Prüfung verbundenen Zusammensein in geschlossenen Räumen auszusetzen. Unter den Prüflingen, die Bedenken hatten, waren beispielsweise Schwangere, wie Koch berichtet.

Was wäre die Alternative? Während einige Landesärztekammern ihre Prüfungen ganz eingestellt haben, entschieden andere sich für Prüfungen im Rahmen von Videokonferenzen. „In dieser Hinsicht gab es bei uns einige rechtliche Unsicherheiten“, sagt Koch. Deshalb wurde und wird bei der Ärztekammer Berlin auch unter erschwerten Bedingungen weiter im direkten Kontakt geprüft. Und das inzwischen ausgesprochen rege, an jedem Werktag in drei Räumen: „Aktuell sind 417 Prüfungskandidatinnen und -kandidaten zur Prüfung zugelassen, für 128 sind bereits Prüfungstermine geplant, die

meisten davon in den Gebieten Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und natürlich im großen Fach Innere Medizin“, berichtet Koch. Was die kleineren Fächer betrifft, so hat der Mangel an Prüferinnen und Prüfern die unangenehme Folge, dass es schwer ist, welche zu finden, die nicht zuvor auch die Weiterbildenden der Prüflinge waren. „Wir treten an andere Kammern heran und bitten um Amtshilfe“, berichtet Koch. Trotzdem sei man Fachärztinnen und Fachärzten, die sich in dieser schwierigen Situation bereit erklären, dieses Ehrenamt zu übernehmen, extrem dankbar. Und ganz besonders wichtig sei es, auch einen Pool an jüngeren Prüferinnen und Prüfern zu haben, die nicht zu einer Risikogruppe gehören.

Im Hinblick auf die Durchführung der Facharztprüfungen handelte man bei der Ärztekammer Berlin schnell und pragmatisch: Um den Hygieneanforderungen nachzukommen und größtmögliche Sicherheit zu schaffen, wurden aus vier kleinen Prüfungsräumen im Erdgeschoss der Ärztekammer Berlin zwei großen Prüfungsräume gemacht und im ersten Stock konnte statt mehrerer kleiner Räume ein gut zu lüftender größerer Raum zu Prüfungszwecken genutzt werden.

Geprüft wird unter Einsatz von Flächen-Desinfektionsmittel und mit Mund-Nasen-Masken, am Anfang standen auch Handschuhe zur Verfügung. Dass viel gelüftet wurde, versteht sich. „Wir haben uns bemüht, alles so auszurichten, dass alle sicher sind und sich auch sicher fühlen können“, berichtet Antje Koch. Ein Problem war allerdings der Raum für die radiologischen Prüfungen, der eher klein ist und nur schlecht gelüftet werden kann. Deshalb konnten die Radiologie-Prüfungen erst Mitte Juli mit einem verkleinerten Prüfungsausschuss, bestehend aus zwei Prüfern und einem Ausschussvorsitzenden wieder aufgenommen werden – für den Vorsitzenden ein deutlich erhöhter Arbeitsaufwand.

Der Anästhesist Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik, Geschäftsführer der Kaiserin Friedrich-Stiftung für ärztliches Fortbildungswesen und Vorsitzender des Weiterbildungsausschusses IV der Ärztekammer Berlin, hat schon mehrfach unter den neuen Rahmenbedingungen geprüft. Er befürwortet das Konzept und sieht es als hilfreich an, dass der Ablauf inzwischen vor der Prüfung von jeder Prüferin und jedem Prüfer in einem detaillierten Merkblatt zu hygienischen Maßnahmen nachgelesen werden kann. Und sei es nur, damit alle Beteiligten noch aufmerksamer auf Abstände und Hygiene achten. „Wenn man Jahrzehnte lang im operativen Bereich tätig war, ist man sehr an strenge Hygienebestimmungen gewöhnt“, sagt der Anästhesist. „Man muss bei dem unsichtbaren Gegner schließlich damit rechnen, dass er überall lauert.“ Schaffartzik fände es deshalb auch gut, wenn dokumentiert würde, wann etwa Tische und Tastaturen von Computern desinfiziert wurden.

Zudem sei in der Vorbereitung der Prüfung Umsicht von Nutzen. Sie schaue sich die Tischplatzierung immer noch einmal an, damit der oder die zu Prüfende die Prüfenden trotz Abstand gleichzeitig im Blickfeld habe und meist nah an der Eingangstür des Raums sitze, sodass sie oder er nach Eintritt nicht an den anderen Menschen im Raum vorbei müsse, berichtet die Kinderärztin Dr. med. Ines von Bismarck, stellvertretende Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses II Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde. Sie hole die Ärztinnen und Ärzte, die zur Facharztprüfung kommen, immer mit Mund-Nasen-Schutz aus dem Wartebereich ab. „Ich frage sie, ob sie einverstanden sind, während der Prüfung bei angemessenem Abstand den Mund-Nasen-Schutz wegzulassen und nur bei Herantreten an den Tisch des zu Prüfenden, zum Beispiel zur Präsentation von ergänzenden Röntgenbildern, Fotos oder Laborwerten den Mund-Nasen-Schutz wieder aufzuziehen. Bisher haben alle zugestimmt und wir haben während der Prüfungen

damit keinen großen Unterschied zu der Zeit vor den verschärften Hygienemaßnahmen gespürt.“

Umsichtige Planung bleibt auch auf absehbare Zeit wichtig. „Wir können es uns als Gesellschaft nicht leisten, nicht zu prüfen, zumal ein Ende der COVID-19-Pandemie derzeit nicht absehbar ist“, mahnt Schaffartzik.

Sitzungen der Weiterbildungsausschüsse

Damit überhaupt Facharztprüfungen stattfinden können, müssen sich zuvor allerdings die Mitglieder des für das jeweilige Fachgebiet zuständigen Weiterbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin besprechen. Sie müssen schließlich die Anträge auf Anerkennung einer Weiterbildung prüfen, die die Voraussetzung für die Zulassung zur Prüfung bilden. Teilweise müssen auch Anträge auf eine Weiterbildungsbefugnis geprüft werden, da ohne Befugnis etwa Anstellungsverträge im ambulanten Bereich nicht erfüllt werden können.

Schaffartziks Ausschuss geht bei der Bearbeitung der Anträge auf Zulassung zur Prüfung inzwischen recht pragmatisch vor: Anträge ohne weiteren Klärungsbedarf werden den Ausschussmitgliedern elektronisch zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt. Gibt es daraufhin keinen Einspruch, werden die Kandidatinnen oder Kandidaten zugelassen, ohne dass dafür eigens eine Sitzung nötig ist. „Wir möchten keine Welle von Anträgen vor uns her schieben“, sagt der Ausschussvorsitzende. Das Umlaufverfahren, das sich derzeit gut bewährt, taugt seiner Ansicht nach auch für „normale“ Zeiten, um Entscheidungszeit zu verkürzen. Wie Schaffartzik weiter berichtet, hat sich sein Weiterbildungsausschuss zunächst per Telefonschaltung „getroffen“ und beginnt nun mit den ersten Videokonferenzen. „Man muss sich daran gewöhnen, aber es funktioniert genauso, möglicherweise sogar noch etwas effizienter“. Für bestimmte Gespräche wünscht er sich allerdings persönliche

Treffen. Eine Möglichkeit sind Sitzungen in Teilpräsenz, für die einige Mitglieder in die Friedrichstraße kommen und die anderen sich von zu Hause oder von der Klinik aus zuschalten. „Das ist eine technische Herausforderung. Wir mussten uns herantasten und die passenden Online-Tools dafür finden“, berichtet Antje Koch. Selbstverständlich halte man auch immer Rücksprache mit der Datenschutzbeauftragten. Inzwi-

schen habe man an einigen Stellen nachjustiert, es klappe gut. „Und manche freuen sich, weil sie Zeit gewinnen.“

So könne man nicht ausschließen, dass die neuen Sitzungsformate auch nach der Pandemie erhalten bleiben, meint Koch. „Wir merken auch an anderen Stellen, dass Dinge, die sich mit Wucht etablieren mussten, hinterher nicht komplett zurückgefahren werden müssen.“

Bleibt dennoch zu hoffen, dass die Prüferinnen und Prüfer bald zu einer schönen Sitte zurückkehren dürfen und den frisch gebackenen Fachärztinnen und Fachärzten zum Abschluss wieder die Hand schützen können. „Auch unter den derzeitigen Umständen fällt die Beglückwünschung aber sehr herzlich aus“ versichert Ines von Bismarck.

Autorin:
Dr. Adelheid Müller-Lissner
Freie Wissenschaftsjournalistin

Quo vadis (Muster-)Weiterbildungsordnung

Unerwünschte Verzögerungen durch die Pandemie gibt es auch auf anderer Ebene. Die (Muster-)Weiterbildungsordnung wartet darauf, für Berlin umgesetzt zu werden. Aber auch die dafür notwendigen Beratungen waren in den vergangenen Monaten erschwert.

Die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) wurde im Mai 2018 vom Deutschen Ärztetag beschlossen und im November des gleichen Jahres vom Vorstand der Bundesärztekammer auf Basis dieses Beschlusses verabschiedet. Sie ist das Ergebnis eines jahrelangen Diskurses: kammerübergreifend und unter Einbezug der Fachgesellschaften.

Die Erarbeitung einer neuen MWBO war notwendig, um die Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten neu zu strukturieren. Nun ist sie kompetenzbasiert. Das bedeutet, dass es zwar noch Weiterbildungsinhalte gibt, für die zu absolvierende Richtzahlen hinterlegt sind. Grundsätzlich müssen die zur Weiterbildung Befugten aber zukünftig für viele Inhalte der Ärztin oder dem Arzt in Weiterbildung eine „Handlungskompetenz“ bescheinigen – im Gegensatz zur „Kognitiven und Methodenkompetenz“. Dies wird sicher eine Herausforderung für die Befugten, da sie von der „Handlungskompe-

tenz“ ihrer Weiterzubildenden überzeugt sein müssen und dafür mit ihrer Unterschrift gerade stehen. Zusätzlich wurde entschieden, die absolvierten Inhalte der Weiterbildung zukünftig mithilfe eines eLogbuchs zu dokumentieren. Insgesamt sechs Weiterbildungsausschüsse und der gemeinsame Weiterbildungsausschuss (GWBA) beschäftigen sich mittlerweile seit September 2018 mit der Umsetzung der MWBO in eine Novelle der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Berlin. In der Umsetzung der neuen MWBO in Landesrecht (Novelle der Weiterbildungsordnung) ergeben sich für die Landesärztekammern durchaus Herausforderungen. So ist es das Ziel der MWBO, eine möglichst große Übereinstimmung der Weiterbildungsordnungen der einzelnen Landesärztekammern zu schaffen. Dabei ist der Diskussions- und Abstimmungsbedarf trotz Muster groß.

Ursprünglich war die Verabschiedung durch den GWBA spätestens im Juni 2020 geplant, der Vorstand der Ärztekammer Berlin sollte sich im September 2020 mit der MWBO befassen und diese Befassung sollte der Delegiertenversammlung (DV) im November 2020 zur Abstimmung vorgelegt werden. Dann kam Corona und die Abstimmungsprozesse zur

Novelle WBO mussten ausgesetzt werden. Es fanden zwar Online-Sitzungen zur Prüfung von Anträgen zu Anerkennungen und Befugnissen statt, für den Diskussionsprozess bezüglich der Novelle WBO wünschten sich die beteiligten Ausschussmitglieder jedoch Präsenzsitzungen.

Aktuell werden die im Mai und Juni entfallenen Sitzungen nachgeholt, sodass sich der Entscheidungsprozess etwa drei bis vier Monate nach hinten verschieben wird. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zuständigen Abteilung Weiterbildung erwarten aktuell eine Befassung in einer DV im 1. Quartal 2021. Abschließend muss dann die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung als aufsichtsführende Behörde die Weiterbildungsordnung genehmigen. Dabei wird das Genehmigungsverfahren voraussichtlich mindestens ein halbes Jahr, gegebenenfalls sogar länger in Anspruch nehmen.

Diese Zeit wird die zuständige Abteilung der Ärztekammer Berlin nutzen, um entsprechende Angebote zur Information und Schulung für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) und die Weiterbildungsbefugten zur neuen Weiterbildungsordnung zu schaffen. „Wir bleiben also mit ihnen im Gespräch“, so Dr. med. Antje Koch, Leiterin der Abteilung.

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

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Juli und August 2020 *

Name Antragssteller/in	WbO Beschreibung	Prüfungs-Entscheidungsdatum
Nader Abaya	FA Innere Medizin	21.07.2020
Dr. med. Wiltrud Abels	FA Anästhesiologie	08.07.2020
Dr. med. Ilya Adamchic	FA Radiologie	29.07.2020
Leila Adibi Garakani	FA Radiologie	13.08.2020
Saleh Almutairi	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	01.07.2020
Puneh Arazm	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.07.2020
Dr. med. Christopher Bach	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.08.2020
Siarhei Barysik	FA Innere Medizin	19.08.2020
Dr. med. Yvonne Yi-Na Bender	FA Radiologie	22.07.2020
Paula Bou Tugores	FA Anästhesiologie	20.08.2020
Dr. med. Nicole Braun	FA Allgemeine Chirurgie	11.08.2020
Dr. med. Anne-Kristin Brocke	FA Innere Medizin und Pneumologie	13.07.2020
Maryia Bylina	FA Anästhesiologie	15.07.2020
Maria de los Dolores Galatayud Fernandez	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.07.2020
Cheng-Ying Chiu	FA Innere Medizin und Kardiologie	25.08.2020
Dr. med. Sophia Chrysanthou	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.08.2020
Dr. med. Robert Dabrowski	FA Strahlentherapie	23.07.2020
Dr. med. Anja-Maria Davids	FA Augenheilkunde	22.07.2020
Dr. med. Christian Döring	FA Allgemeinmedizin	26.08.2020
Matthias Dornauer	FA Neurologie	20.07.2020
Dr. med. Sylvain El-Khoury	FA Augenheilkunde	22.07.2020
Aron Elsner	FA Thoraxchirurgie	11.08.2020
Tatjana Erb	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.08.2020
Dr. med. Silvia Fisch	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.08.2020
Kai Franzen	FA Innere Medizin	29.07.2020
Dr. med. Alba Fricke	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	25.08.2020
Dr. med. Claudia Friedrich	FA Anästhesiologie	20.08.2020
Dr. med. univ. Max Fritschka	FA Innere Medizin und Kardiologie	25.08.2020
Dr. med. André Gentsch	FA Innere Medizin	08.07.2020
Ioannis Giannakopoulos	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.2020
Dr. med. Julia Goller	FA Viszeralchirurgie	11.08.2020
Dr. med. Mehmet Gövercin	FA Innere Medizin und Geriatrie	22.07.2020
Dr. med. Mira Gruber	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.07.2020
Mona Simone Grund	FA Anästhesiologie	06.07.2020
Gesa Sophie Grupe	FA Innere Medizin	26.08.2020
Amir Gul	FA Anästhesiologie	08.07.2020
Dr. med. Jan-Piet Habel	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	21.07.2020
Dr. med. Nicole Haberstroh	FA Strahlentherapie	23.07.2020
Dr. med. Angela Haertel	FA Innere Medizin und Angiologie	07.07.2020
Dr. med. Sophia Häußler	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.2020
Ammar Heider	FA Augenheilkunde	22.07.2020

Name Antragssteller/in	WbO Beschreibung	Prüfungs-Entscheidungsdatum
Dr. med. Anton George Henssen	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.07.2020
Dr. med. Ralph Herrmann	FA Radiologie	30.07.2020
Dr. med. Moritz Hilbrandt	FA Innere Medizin und Pneumologie	26.08.2020
Dr. med. Anna-Katharina Höcht	FA Innere Medizin und Pneumologie	13.07.2020
Dr. med. Katharina Hofheinz	FA Innere Medizin und Rheumatologie	29.07.2020
Dr. med. Michael Hofmann	FA Gefäßchirurgie	18.08.2020
Arnim Hohberger	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.2020
Dr. med. Julia Jost	FA Anästhesiologie	13.07.2020
Dr. med. Ana Jovanovic	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.08.2020
Dr. med. Andrea Kalledat	FA Innere Medizin und Geriatrie	19.08.2020
Tatiana Kan	FA Innere Medizin	10.08.2020
Dr. med. Julienne Kaufhold	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	01.07.2020
Dr. med. David Kaufmann	FA Radiologie	22.07.2020
Dr. med. univ. Paul Kendlbacher	FA Neurochirurgie	02.07.2020
Dr. med. Uta Köpstein	FA Innere Medizin und Geriatrie	22.07.2020
Dr. med. univ. Arthur Kostron	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.07.2020
Dr. med. Tobias Kramer	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	13.08.2020
Dr. med. Hannes Kroenlein	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	21.07.2020
Dr. med. Dipl.-Psych. Anna Sofie Krüger	FA Innere Medizin	29.07.2020
Stanislav Kukhlevskyy	FA Innere Medizin	10.08.2020
Lena Kundel	FA Allgemeine Chirurgie	18.08.2020
Dr. med. Frank Kunitz	FA Öffentliches Gesundheitswesen	24.08.2020
Dr. med. Robert Kuß	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	21.07.2020
Dr. med. Thao Thu Le	FA Anästhesiologie	06.07.2020
Wilhelm Leister	FA Innere Medizin und Angiologie	07.07.2020
Dr. med. Julian Lenk	FA Radiologie	29.07.2020
Nina Liere	FA Anästhesiologie	13.07.2020
Annika Ludeke	FA Allgemeine Chirurgie	18.08.2020
Dr. med. Friederike Maechler	FA Hygiene und Umweltmedizin	29.07.2020
Dr. med. Christine Martin	FA Anästhesiologie	06.07.2020
Katrin Mauritz	FA Allgemeinmedizin	21.07.2020
Lia Merabishvili	FA Innere Medizin	08.07.2020
Estibaliz Meyer Garcia-Sipido	FA Anästhesiologie	13.07.2020
Maria Michaelidou	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	01.07.2020
Masoumeh Christine Mojtahed Najafi	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.08.2020
Dr. med. Steffen Mühlbauer	FA Viszeralchirurgie	18.08.2020
Dr. med. Daniel Müller	FA Allgemeinmedizin	26.08.2020
Dr. med. Isaac Myers	FA Anästhesiologie	27.07.2020

Name Antragssteller/in	WbO Beschreibung	Prüfungs-Entscheidungsdatum
Rinati Nassar	FA Radiologie	29.07.2020
Cemile Öztürk	FA Innere Medizin und Kardiologie	11.08.2020
Dr. med. Surath Perera	FA Innere Medizin und Kardiologie	25.08.2020
Dipl.-Kfm. Martin Raible	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.07.2020
Dr. med. Matthias Raspe	FA Innere Medizin und Pneumologie	26.08.2020
Dr. med. Sunda Rimpler	FA Allgemeinmedizin	26.08.2020
Priv.-Doz. Dr. med. Hector Rodriguez Cetina Biefer	FA Herzchirurgie	18.08.2020
Dr. med. Sergej Rot	FA Neurochirurgie	02.07.2020
Simone Salzger	FA Allgemeinmedizin	26.08.2020
Dr. med. Stefanie Sander	FA Radiologie	29.07.2020
Helen Sange	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.08.2020
Dr. med. Lars-Arne Schaafs	FA Radiologie	22.07.2020
Dr. med. Michael Schwan	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.08.2020
Dr. med. Alexander Schwickert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.08.2020
Benny Setiawan	FA Innere Medizin	10.08.2020
Dr. med. Elise Siegert	FA Innere Medizin	19.08.2020
Eleni Sourla	FA Innere Medizin	29.07.2020
Dr. med. David Szerencsi	FA Anästhesiologie	13.07.2020
Marie Theisen-Riedel	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.07.2020
Dr. med. Ariane Thelen	FA Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	15.06.2020

Name Antragssteller/in	WbO Beschreibung	Prüfungs-Entscheidungsdatum
Dr. med. Heidi Trzenschik	FA Allgemeinmedizin	11.08.2020
Dr. med. Georg Tsironis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.07.2020
Dr. med. Miriam Ulmer	FA Neurologie	20.07.2020
Dr. med. Jennifer Urban	FA Allgemeine Chirurgie	18.08.2020
Dr. med. Lea Usadel	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.08.2020
Vasil Varbanov	FA Nuklearmedizin	27.07.2020
Kristina Velickovic-Dacic	FA Psychiatrie und Psychotherapie	06.07.2020
Hannah Vetter	FA Anästhesiologie	08.07.2020
Andreas Vogt	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	08.07.2020
Dr. med. Boris Vollrath	FA Allgemeinmedizin	21.07.2020
Dr. med. Boris Wagenseil	FA Innere Medizin und Kardiologie	07.07.2020
Björn Wandhoff	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.07.2020
Dr. med. Elisabeth Weise	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.07.2020
Tabea Werich	FA Anästhesiologie	08.07.2020
Annette Westerholt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.07.2020
Dipl.-Med.-Päd. Martin Winter	FA Allgemeinmedizin	21.07.2020

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

CIRS ambulant

„Nur ein kleiner Pieks – kritische Ereignisse bei Impfungen“

Auf www.cirsmedical.de wurden verschiedene Ereignisse im Rahmen von Impfungen berichtet:

Was ist passiert?

In einer gynäkologischen Praxis wurde einer Patientin ein falscher Impfstoff injiziert, sodass eine nochmalige Injektion mit dem richtigen Impfstoff erforderlich war.

Ebenfalls aus einer gynäkologischen Praxis wurde das folgende Ereignis berichtet: Die 3. Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) war versäumt worden, obwohl die Patientin regelmäßig zur Vorstellung kam. In der Folge (mehrere Jahre später) kam es zu einer Veränderung an der Cervix mit der Folge

einer Operation. Eine vollständige Impfschleife hätte möglicherweise geholfen, dieses Ereignis zu vermeiden.

Aus einer weiteren Praxis wird berichtet:

Der Patient erhielt eine Impfung. Geplant war ein Vierfachimpfstoff, auch im Impfpass wurde ein Etikett mit dem Vierfachimpfstoff eingeklebt. Im Impfbuch steht hingegen eine Influenzaimpfung und es wurde zudem ein Rezept über einen Influenzaimpfstoff ausgestellt (da Privatpatient). Interessanterweise ist die Chargennummer hinter dem Eintrag „Influenzaimpfstoff“

CIRS
medical.de

die des Vierfachimpfstoffaufklebers. Unklar ist, ob der Patient (es war mitten in einer schweren Grippewelle) nicht sogar beides erhalten hat.

Kommentar

Impfen, so einfach es klingt, ist oft ein komplexes Vorgehen. Für verschiedene Zielgruppen gibt es unterschiedliche Impfstoffe, die in unterschiedlicher Vorgehensweise zubereitet und appliziert werden müssen. Gerade wegen unterschiedlicher Substanzen, Lösungsmittel und Vorgehensweisen ist es wich-

tig, dass die Vorbereitung in Ruhe, das heißt, ohne Ablenkung, durchgeführt werden kann. Denn es kommt beispielsweise immer wieder vor, dass nur das Lösungsmittel gespritzt wird, weil die Aufmerksamkeit durch andere Tätigkeiten oder anwesende Personen abgelenkt wird. Meist wird das zwar sofort nach der Injektion bemerkt, die Patientin oder der Patient muss jedoch ein weiteres Mal eine Spritze erhalten.

Weitere Faktoren kommen hinzu, die zu Fehlern beitragen können:

- Nicht selten werden mehrere Personen (zum Beispiel aus einer Familie) am gleichen Termin geimpft. Hier kann es zu Verwechslungen des richtigen Impfstoffes für die jeweilige Person kommen.
- Nicht selten sind mehrere Impfungen bei einer Person gleichzeitig indiziert.
- Impfungen werden oft nicht an der dafür vorgesehenen Stelle im Impfpass dokumentiert. Man muss dann den ganzen Impfpass Seite für Seite prüfen, um sicherzugehen, dass die geplante Impfung nicht schon verabreicht wurde.
- Lieferengpässe können die Organisation von regelmäßig indizierten Standard-Impfungen für die verschiedenen Zielgruppen deutlich erschweren (siehe auch <https://www.pei.de/DE/Arzneimittel/impfstoffe/lieferengpaesse/lieferengpaesse-node.html>).

Empfehlungen aus diesem Ereignis

Durchführung der Impfungen:

- Pro Termin sollten so viele Impfungen wie indiziert und möglich durchgeführt werden.
- Für jede Art der Impfung kann eine Checkliste helfen, dass einzelne Schritte in der Vorbereitung und Durchführung nicht vergessen beziehungsweise, dass sie korrekt durchgeführt werden.
- Für den Impfvorgang wird empfohlen, dass sich immer nur die Person, die geimpft werden soll, im Raum befindet. Diese Empfehlung gilt auch für Desensibilisierungsmaßnahmen in der Allergiebehandlung.

- Die zu impfende Person wird erst nach Abschluss der Vorbereitungen in den Raum gebeten.
- Die Impfung wird erst durchgeführt, wenn das Etikett der Impfpulle in den Impfpass geklebt beziehungsweise die Impfung im Impfpass dokumentiert wurde. Damit ist die Dokumentation gesichert (siehe unten) und gleichzeitig besteht eine Gelegenheit, nochmals Impfstoff und Dosierung zu prüfen.

Dokumentation der Impfungen und Vermeidung von Doppel-Impfungen:

- Ohne Impfpass wird keine Impfung durchgeführt. Dies ist natürlich einfacher, wenn in der Praxis überwiegend bekannte Patientinnen und Patienten versorgt werden. Insbesondere bei Impfungen, die ungeplant durchgeführt und nicht aufgeschoben werden können (zum Beispiel die Tetanus-Impfung nach Verletzungen), wird oft abgewogen zwischen der Überlegung, dass die Patientin oder der Patient auf jeden Fall die Impfung erhalten soll, aber zu einem zweiten Termin (mit Impfpass) vielleicht nicht erscheint. Auf der anderen Seite steht die Sorge, insbesondere bei unklarem Impfstatus, dass durch eine zweite Impfung nach zu kurzem Intervall zur ersten Impfung Komplikationen (stärkere Lokalreaktionen) auftreten könnten.
- In jedem Fall sollte angestrebt werden, eine durchgeführte Impfung nachträglich im Impfpass zu dokumentieren. Der Patientin bzw. dem Patienten kann dazu eine Dokumentation der Impfung auf einem separaten Zettel mitgegeben werden, die in den Impfpass eingelegt und später nachgetragen wird.
- Die Impfung sollte im Impfpass auf den dafür vorgesehenen Seiten dokumentiert werden. So haben es alle Folgenden, inklusive der Patientin und dem Patienten leichter, diese Dokumentation auch wiederzufinden.

Sicherstellung der Impfungen beziehungsweise der Vollständigkeit von Impfregimen:

- Beim Öffnen der Akte sollte auf den ersten Blick erkennbar sein, wann ei-

ne indizierte Impfung ansteht. So wird das Praxisteam daran erinnert, dass bei der Patientin oder dem Patienten, die oder der gerade in der Praxis erscheint, eine Impfung durchgeführt werden soll.

- Viele Praxen machen gute Erfahrungen mit einem sogenannten Recall-System, in dem sie ihre Patientinnen und Patienten (sofern diese dem Vorgehen zustimmen) an indizierte Impfungen erinnern beziehungsweise ihnen per SMS Erinnerungen für Impftermine senden.
- Wenn eine Impfung Folgeimpfungen erfordert, sollte bei der Erstimpfung gleich der Termin für die Folgeimpfung festgelegt werden. Ist der Zeitraum zu lang, sollte der Patientin oder dem Patienten empfohlen werden, sich um einen konkreten Zeitpunkt (nach Ostern, vor Weihnachten, nach den Sommerferien) einen Termin zu besorgen. Diese konkreten Zeitpunkte werden besser erinnert.
- Man kann die Adhärenz von Jugendlichen zur Durchführung der HPV-Impfung (drei Impfungen im Abstand von insgesamt sechs Monaten sind erforderlich) erhöhen, wenn ihnen und ihren Eltern deutlich gemacht wird, dass sie eine Impfung nach Vollendung des 18. Lebensjahres selbst bezahlen müssen.

Autorinnen und Autoren:
Arbeitsgruppe „CIRS ambulanz“

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

Wenn Sie Interesse an einer Zusendung des jeweiligen aktuellen Berichts samt Kommentar haben, senden Sie uns einfach eine formlose E-Mail an: CIRSambulanz@aekb.de. Sie erhalten dann den „Aktuellen Fall“ aus CIRSambulanz per E-Mail zugesendet. Sie sind herzlich eingeladen, ebenfalls unter www.cirsmedical.de zu berichten.

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

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

Termine	Thema/Referenten	Veranstaltungsort	Information/Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
04.11.2020 09.12.2020	Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin im Rahmen der Weiterbildung Allgemeinmedizin	Der Kurs findet in diesem Herbst als Live-Webinar statt.	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Teilnehmerentgelt: 550 €	je 3
26.–28.10.2020	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	24
28.–30.10.2020	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20
31.10.2020	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Strahlenschutzverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8
Präsenz I: 06.–07.11.2020 Präsenz II: 27.11.2020 E-Learning: 07.–22.11.2020	Kompetent für die Medizin im digitalen Zeitalter in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer „Digitale Gesundheitsanwendungen in Praxis und Klinik“ (2019)	<u>06.–07.11.2020:</u> NH Berlin Alexanderplatz Landsberger Allee 26 10249 Berlin <u>27.11.2020:</u> Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1211 E-Mail: M.Nehrkorn@aekb.de Anmeldung: Tel.: 030 40806-1404 E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de Teilnehmerentgelt: 950 €	40
28.11.2020 02.12.2020	„Wenn Partnerschaft verletzend wird ...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e. V. Dorothea Sauter, M.Sc. Psych. Rono Torenz, M.A. Gender M.A. ASW Tel.: 030 2759-5353 E-Mail: torenz@signal-intervention.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	8 (28.11.2020) 4 (02.12.2020)
01.03.2020–28.02.2021	STEMI Einfach erkennen In Kooperation mit dem Berlin-Brandenburger Herzinfarktregister e. V.	Lernplattform der Ärztekammer Berlin Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Informationen: Sabrina Cholch-Beyaztas und Martin Karadag Tel.: 030 40806-1217 oder -1218 E-Mail: stemi@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnehmerentgelt: 30 € (Teilnehmer aus Berlin, Oberhavel und Havelland wenden sich vor der Buchung bitte an ihre ärztlichen Stützpunktleiter.)	2
Modul 1 vom 26.04.–28.04.2021 Modul 2 vom 31.05.–02.06.2021 Modul 3 vom 06.09.–08.09.2021 Modul 4 (Transfertag) am 15.11.2021	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Gästehaus Blumenfisch am Großen Wannsee Am Sandwerder 11-13 14109 Berlin	Informationen: Tel.: 030 40806-1402 E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de Anmeldung: https://anmeldung-fb.aekb.de Teilnehmerentgelt: 3.680 €	beantragt

„Transplantationsbeauftragter Arzt“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Modularer Fortbildungskurs in Kooperation zwischen der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Brandenburg sowie mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)

Um den Willen von Patientinnen und Patienten am Lebensende bezüglich einer eventuellen Organspende umsetzen zu können, muss jede mögliche Organspenderin und jeder mögliche Organspender im Krankenhaus erkannt werden. Die Transplantationsbeauftragten sind in allen Belangen der Organ- und Gewebespender Ansprechpersonen für das ärztliche und pflegerische Personal und stellen eine qualitativ hochwertige Betreuung der Angehörigen und der beteiligten professionellen Teams sicher.

Zur Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen besondere medizinische, administrative und organisatorische Fertigkeiten ausgebildet und Kenntnisse zur Qualitätssicherung, Kommunikation sowie zu begleitenden juristischen und ethischen Themenbereichen vermittelt werden.

Modul	Termin	Fortbildungspunkte	Teilnehmerentgelt
E-Learning	01.–29.11.2020 (E-Learning-Plattform)	Enthalten in Modul 2	
Modul 1 Feststellung des Todes / irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA)	Di., 24.11.2020 (Potsdam)	6	102 €
Modul 2 Theoretische Fortbildung	Mo., 30.11. und Di., 01.12.2020 (Berlin)	26	340 €
Modul 3 Gesprächsführung / Angehörigengespräch	Mi., 02.12.2020 (Berlin)	8	120 €
Lernerfolgskontrolle (70 % richtige Antworten erforderlich)	ab Do., 03.12.2020 (E-Learning-Plattform)	Enthalten in Modul 2	
Summe		40	562 €

Veranstaltungsorte: Landesärztekammer Brandenburg, Pappelallee 5, 14469 Potsdam und Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Sabrina Cholch-Beyaztas, Tel.: 030 40806-1217, E-Mail: S.Cholch-Beyaztas@aekb.de

Erfahrungsaustausch Hämotherapie in Berlin 2020

Die Ärztekammer Berlin bietet den Qualitätsbeauftragten Hämotherapie sowie allen transfundierenden Ärztinnen und Ärzten aus den Einrichtungen der Krankenversorgung jährlich einen Erfahrungsaustausch in der Hämotherapie an. Neben der Zusammenfassung der Auswertung der Qualitätsberichte für das Jahr 2019 erhalten die Teilnehmenden aktuelle Informationen zu zwei transfusionsmedizinischen Schwerpunktthemen.

Termin: Mi., 25.11.2020 von 18:30–20:30 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: entgeltfrei
Fortbildungspunkte: 2
Informationen: Regina Drendel, Tel.: 030 40806-1401
 E-Mail: R.Drendel@aekb.de
Anmeldung: <https://anmeldung-fb.aekb.de>

Tabakentwöhnung

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

Wissenschaftliche Studien zeigen die gute Wirksamkeit einer qualifizierten Beratung und Tabakentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte. Mit Besuch der Fortbildung wird es den Teilnehmenden möglich sein, Kenntnisse einer erfolgreichen Ansprache, Motivierung und Therapie rauchender Patientinnen und Patienten anzuwenden sowie Beratung und Entwöhnungsbehandlungen in der ärztlichen Praxis oder Klinik anzubieten.

2016 wurde die „Multimodale stationäre Behandlung zur Tabakentwöhnung“ in den OPS-Katalog 2016 (Ziffer 9-501) aufgenommen. Die Durchführung muss durch hierfür qualifiziertes ärztliches Fachpersonal erfolgen. Auch die Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft für die Zertifizierung zum Lungenkrebszentrum enthalten eine Qualifizierung zur Tabakentwöhnung.

Präsenz-Termine: Fr., 22.01.2021 von 14:00–18:00 Uhr
 Sa., 23.01.2021 von 08:00–16:30 Uhr
 Fr., 12.02.2021 von 14:00–18:00 Uhr
 Sa., 13.02.2021 von 08:00–16:30 Uhr
 Fr., 05.03.2021 von 08:00–16:30 Uhr

E-Learning: 23.01.2021–07.02.2021 (ca. 1 Stunde)
 13.–28.02.2021 (ca. 3 Stunden)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: 595 €
 485 € (DGP-Mitglieder)

Fortbildungspunkte: 42

Informationen und

Anmeldung: www.aekb.de/tabakentwoehnung

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

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

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

Für den Theoriekurs ist eine Anmeldung unbedingt erforderlich.

Termine und Themen: jeweils **mittwochs von 17:00–19:30 Uhr**
 (9 Stunden Theoriekurs) 04.11.2020: Häufige Vorstellungsanlässe
 09.12.2020: Schwere akute Erkrankungen/Notfälle

Veranstaltungsort: Der Kurs findet in diesem Herbst als Live-Webinar statt.
Teilnehmerentgelt: 550 €
 Das Teilnehmerentgelt deckt auch die Hospitation in der Praxis ab. Diese darf erst nach erfolgter Anmeldung und Eingang des Teilnehmerentgelts erfolgen.

Informationen und

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

Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer

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

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

E-Learning: 02.–29.11.2020 (6 Stunden)

Präsenz-Termine: Do., 03.12.2020 von 09:00–17:00 Uhr

Fr., 04.12.2020 von 09:00–17:00 Uhr

Sa., 05.12.2020 von 09:00–13:00 Uhr

Veranstaltungsort: Workshop & Event Space
Sonnenallee 67, 12045 Berlin

Teilnehmerentgelt: 495 €

Fortbildungspunkte: 31

Informationen: www.aekb.de/gesundheitsfoerderung

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

Spezialkurse im Strahlenschutz

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

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Termin: Do., 03.12.2020 von 09:00–17:15 Uhr

Veranstaltungsort: Deutsches Herzzentrum Berlin
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Termin: Fr., 04.12.2020 von 09:00–16:30 Uhr

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

Teilnehmerentgelt: jeweils 155 €

Informationen und

Anmeldung: Tel.: 030 40806-1216, E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO), zu den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, zu Nutzen-Risiko-Abwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen sowie zu allgemeinen Fragen.

Termin: Sa., 12.12.2020 von 09:00–17:30 Uhr

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

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

Teilnehmerentgelt: 100 €

Fortbildungspunkte: 8

Informationen

und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Dörte Bünning
Tel.: 030 40806-1206, E-Mail: D.Buenning@aekb.de

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

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Gelegenheiten, aus Fehlern zu lernen, gibt es beispielsweise bei der Bearbeitung von Schadenfällen.

Die Basis des Lernens ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls. Das dafür erforderliche systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und Fällen für Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen werden in diesem Seminar vermittelt. Das Seminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet. Es besteht aus einer Selbstlernphase (E-Learning) und einem Präsenztermin (drei Tage).

E-Learning: 28.12.2020–27.01.2021

Präsenz-Modul: 28.–30.01.2021

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 850 €

Fortbildungspunkte: 32

Informationen und

Anmeldung: Julia Rosendahl, Tel.: 030 40806-1404
E-Mail: J.Rosendahl@aekb.de

PSA: Globale Lieferkette – und nun?

COVID-19 wirft ein Schlaglicht auf die Lieferketten im Gesundheitswesen und stellt 30 Jahre immer weiter zunehmender Globalisierung infrage

Ein Feature von Jane Feinmann

BMJ 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1910> (erschieden am 15. Mai 2020)

Noch Anfang 2020 war die Vorstellung, dass ein Beschaffungsteam im Gesundheitswesen den nationalen Vorrat an persönlicher Schutzausrüstung (PSA) zu minimalen Kosten für die Gesundheitsbudgets aufrechterhalten sollte, völlig unstrittig.

„Man macht eine Ausschreibung und vergibt den Auftrag an den günstigsten Bieter, und das ist aufgrund der Kosten fast ausnahmslos ein chinesisches Unternehmen“, so Willy Shih, Robert & Jane Cizik Professor für Managementpraxis an der Harvard Business School. Diese Kostensenkungsspirale bedeutet, dass die Unternehmen kaum Anreize haben, die Produktion an Hochlohnstandorten zu halten oder sich über die Verteilung der Produktion auf unterschiedliche geografische Regionen Gedanken zu machen.¹

Durch das rasante Wachstum der Containerschifffahrt in den 1990er-Jahren sanken die Transportkosten drastisch, während China eine robuste Handelsinfrastruktur aufbaute. Als Konsequenz wurden Hochlohnländer immer effizienter und konnten die Kosten der Herstellung von Konsumgütern durch Outsourcing senken. So Shih gegenüber dem BMJ: „Als Nike seine Produktion nach China verlagerte, blieb dem deutschen Unternehmen Adidas nichts anderes übrig, als nachzuziehen – und dieses Muster hat sich in allen Bereichen der Fertigung wiederholt.“

Bei der persönlichen Schutzausrüstung war es nicht anders: Der Großteil des weltweiten Bestands wird zu geringen Kosten in China produziert. Doch dieses scheinbar nahtlose Geflecht gegenseitiger globaler Abhängigkeiten löste sich innerhalb weniger Wochen auf, nachdem die COVID-19-Pandemie in der Provinz Hubei, dem Zentrum der chinesischen Fertigungsindustrie, ihren Anfang nahm.

Panik und Piraterie

Während die chinesische Ärzteschaft und Forschende versuchten, das neue Virus zu verstehen, erkannte China als erstes Land, welche nie da gewesenen Mengen an PSA benötigt würden, nicht zuletzt, um das medizinische Personal zu schützen. Zu Beginn des Frühjahrs 2020 spendeten westliche gemeinnützige Organisationen China kleine Mengen an Schutzausrüstung, doch die offensichtliche Lösung lag direkt vor der Haustür. Die chinesische Regierung machte sich bald zum einzigen Kunden der wichtigsten PSA-Fertigungsbetriebe auf ihrem Territorium² und kaufte gleichzeitig einen Großteil der Bestände in der restlichen Welt auf. Am 30. Januar – dem letzten Tag, zu dem Daten vorliegen – sei es China gelungen, in nur 24 Stunden 20 Millionen Atemschutzgeräte und chirurgische Masken zu importieren, berichtete die New York Times.³

Der Rest der Welt brauchte eine Weile, um zu verstehen, welche Nachteile es mit sich bringt, wenn man sich für lebensrettende Schutzausrüstung auf andere Regionen verlässt – und welche immensen Mengen während einer Pandemie benötigt würden. Im Februar schätzte das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC), eine Agentur der Europäischen Union mit Sitz in Stockholm, dass ein Gesundheitsdienst für jeden bestätigten Corona-Fall 14–24 Einzelsätze PSA pro Tag benötigen würde, je nachdem, ob die Symptome leicht oder schwer wären.⁴ Im März warnte eine Modellierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), dass für die COVID-19-Maßnahmen weltweit 89 Millionen medizinische Masken, 76 Millionen Untersuchungshandschuhe und 1,6 Millionen Schutzbrillen pro Monat benötigt würden und dass medizinisches Personal durch eine ernste Materialknappheit gefährdet sei.⁵

PSA: Globale Lieferkette – und nun?

Der daraufhin einsetzende Run auf PSA und die bröckelnde internationale Solidarität sind seitdem täglich in den Schlagzeilen. Im April saß ein Flugzeug der britischen Luftwaffe zwei Tage lang auf einem Rollfeld in der Türkei fest, weil es auf die Aufnahme von 400.000 Schutzkitteln für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des nationalen Gesundheitsdienstes NHS warten musste. Es wurde von US-Einkäufern berichtet, die auf der Startbahn eines Shanghaier Flughafens mit Geldscheinen wedelten, um eine Ladung Masken und weiterer PSA aufzukaufen, die sich schon an Bord eines Flugzeugs mit dem Ziel Frankreich befand, während in Bangkok angeblich 200.000 Atemschutzmasken von US-Beamten konfisziert wurden, die von Berlin bestellt worden waren.⁶

Der deutsche Innenminister beschuldigte die USA „moderner Piraterie“, während sowohl Frankreich als auch Deutschland den Export von Masken und Handschuhen nach Italien und Spanien untersagten.

Vorratshaltung

In der Welt vor Corona galt Vorratshaltung in den USA wie auch in Großbritannien als schlechtes Geschäftsmodell. Überschüssige Kapazitäten wurden als unnötiger Kostenfaktor betrachtet, und die Krankenhäuser wurden sogar angehalten, Bestände täglich aufzufüllen. Außerdem erwiesen sich die Vorbereitungen für den Notfall, die die Länder zumindest auf dem Papier getroffen hatten, als nicht ausreichend für den tatsächlichen Bedarf.

Der „strategische nationale Vorrat“ der USA – ursprünglich unter der Bezeichnung „nationaler Arzneimittelvorrat“ im Jahr 1999 eingerichtet – umfasst Notfallmaterial, hauptsächlich lebensrettende Medikamente, im Wert von 7 bis 8 Milliarden US-Dollar (6,4 bis 7,4 Milliarden Euro), die in geheimen Lagern an strategisch gelegenen, über das Land verteilten Orten deponiert sind. Dazu gehörten auch Masken, doch die meisten seien während der H1N1-Pandemie im Jahr 2009 an Bundesstaaten und Kommunen verteilt und die Vorräte nicht mehr aufgefüllt worden, erklärte Andrew Lakoff, Professor für globale Gesundheit und Katastrophenmanagement an der University of Southern California, in einem Interview mit dem US-amerikanischen Nachrichtenportal VOX.⁷

Der britische Notfallvorrat, der 2006 angelegt wurde, gehörte zum Programm des Landes zur Vorbereitung auf eine Influenza-Pandemie. Er umfasst 52.000 Paletten mit Ausrüstung – Handschuhe, Schürzen, Atemschutzmasken und Influenza-Medikamente – mit einem geschätzten Wert von 500 Millionen britischen Pfund (576 Millionen Euro). Nicht enthalten waren dagegen Schutzkittel oder Visiere, obwohl es eine Empfehlung der New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (Nervtag) gab, entsprechende Vorräte aufzubauen.⁸ Laut einer BBC-Recherche sollen außerdem 21

Millionen der 33 Millionen dringend benötigten FFP3-Atemschutzmasken, die auf der ursprünglichen Beschaffungsliste von 2009 für den Vorrat standen, auf unerklärliche Weise verschwunden sein.

Und damit nicht genug: Vor drei Jahren wurde das Management ausgelagert, und der Guardian berichtete, dass das Unternehmen Movianto, das derzeit den Vorrat verwaltet, selbst kurz vor dem Verkauf an ein großes US-Unternehmen stehe und in einen Rechtsstreit verwickelt sei, der den Zugang zu den Lagerbeständen verhindere.⁹

Gute Argumente gegen die Globalisierung

Die offensichtliche Lösung für all diese Probleme ist eine Umkehrung des Globalisierungstrends. Unterstützung dafür kommt nicht nur von nationalistischen Vertreterinnen und Vertretern der Devise „Die Produktion in die Heimat holen“, sondern auch von pragmatischen Gesundheitsexpertinnen und -experten. Der WHO-Generaldirektor, Tedros Adhanom Ghebreyesus, hat die Regierungen dazu aufgerufen, die heimische Produktion von PSA um 40 Prozent zu erhöhen. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn sagte, dass der Gesundheitsschutz der Bevölkerung höchste Priorität haben müsse und in Anbetracht des aktuell hohen Bedarfs an PSA, von dem absehbar sei, dass er auch kurz- und mittelfristig hoch bleiben werde, die Reduzierung der Abhängigkeit von der internationalen Produktion ein zentrales Anliegen für Deutschland sei.

Neben Maßnahmen zur Steigerung der Beschaffung hat Deutschland auch einen Arbeitsstab „Produktionskapazitäten und Produktionsprozesse“ eingerichtet, mit der Aufgabe „den zeitnahen Aufbau nationaler und europäischer Wertschöpfungsketten für medizinische Schutzausrüstung und Wirkstoffe [...] zu unterstützen und so einen wesentlichen Beitrag zur mittelfristigen Sicherstellung der Versorgung zu leisten.“¹⁰ Spahn teilte am 9. April mit, dass 100 (nicht namentlich genannte) deutsche Unternehmen auf die Ausschreibung der Bundesregierung zur Herstellung von PSA „zuschlagsfähig erscheinende Angebote“ abgegeben hätten und voraussichtlich Verträge mit einer Laufzeit von Mitte August 2020 bis Ende 2021 erhalten sollten.

Dennoch bleibt eine gewisse Skepsis, ob Staaten im Alleingang PSA effizient herstellen können, selbst wenn der Wille dazu vorhanden ist. Zunächst, so Shih, gehe es nicht bloß darum, den Arbeitenden höhere Stundenlöhne zu zahlen, wie es vielleicht der Fall wäre, wenn es sich bei den Produkten um T-Shirts handelte. Er sagt: „Selbst etwas so Einfaches wie eine N95-Maske enthält – laut Etikett auf dem Karton – ‚Materialien weltweiter Herkunft‘.“

So enthüllte beispielsweise der Guardian eine weltweite Knappheit eines bestimmten Kunststoffes – einer als Meltblown bezeichneten Art von Polypropylen-Vlies –, der als Filter in Atemschutzmasken dient. Die Produktion von Meltblown, das bisher nicht als strategischer Rohstoff galt, wurde im Laufe der vergangenen drei Jahrzehnte in Fabriken mit niedrigen Produktionskosten in Asien verlagert, und China produziert die Hälfte der gesamten weltweiten Meltblown-Menge. Zu weiteren essenziellen, preisgünstigen Rohmaterialien zählen Nasenclips und ein weiterer Kunststoff namens Spunbond-Polypropylen. Beide werden ebenfalls in China produziert.

Es sind diese Materialien, die die eigentliche Lieferkette ausmachen. Selbst wenn sie lokal beschafft werden könnten, „erfordert das Hochfahren der Produktion die Einrichtung dieser komplexen Lieferkette, die Entwicklung eines Montageprozesses, die Festlegung von Prüf- und Qualitätsverfahren und unzählige weitere Details“, erklärt Shih. Nach mehr als zwei Jahrzehnten, in denen ganz auf globalisierte Lieferketten gesetzt wurde, fehlen den Hochlohnländern die Infrastruktur und die Erfahrung für die masenhafte Herstellung und Verteilung von PSA.

Außerdem bestehe bei einer völligen Abkehr von dieser globalen Kette die Gefahr, so Shih, dass eine lokalere Produktion zu einer stärker fragmentierten Lieferkette führt. Dies könne bewirken, dass größere, zuverlässigere Lieferfirmen mangels Aufträgen verschwinden und eine weniger erfahrene, weniger stabile Gruppe von Lieferanten zurückbleibt, auf die sich im Fall eines weiteren globalen Notstands zu verlassen riskant wäre.

Shih zieht Parallelen zu einer Initiative der Bill & Melinda Gates Foundation, die die Herstellung von Impfstoffen für Kinder vereinfachen sollte.¹¹ Die finanzielle Unterstützung durch die Stiftung habe es Niedriglohnländern ermöglicht, eigene Fertigungsstätten aufzubauen und erschwingliche Impfstoffe für die eigene Bevölkerung bereitzustellen. Doch dieser Ansatz könne unabsichtlich die „hohen Standards der Produktions- und Qualitätskontrollverfahren unterminieren, die entscheidend sind, um die Integrität der weltweiten Impfstoffversorgung aufrechtzuerhalten [...] und gleichzeitig Hersteller aus höher entwickelten Ländern veranlassen, sich aus dem Markt zurückzuziehen“, so Shih.

Bei der PSA wird sich vorerst wenig ändern. Doch zumindest hat die Pandemie, in Verbindung mit dem jüngsten Handelskrieg zwischen China und den USA, die Zerbrechlichkeit unserer globalen Lieferketten und Handelssysteme sowie den desolaten Zustand der Notfallvorräte offenbart. Für die Gesundheit derjenigen, die in der ersten Reihe arbeiten, müssen wir diese Abläufe widerstandsfähiger gestalten.

Interessenkonflikt:

Die Autorin hat die BMJ-Richtlinie zur Erklärung möglicher Interessenkonflikte gelesen und verstanden und gibt keine relevanten Konflikte an.

© BMJ Publishing Group Ltd.

Literaturhinweise

1. Shih WC. Bringing manufacturing back to the US is easier said than done. *Harvard Bus Rev*, 15. April 2020. <https://hbr.org/2020/04/bringing-manufacturing-back-to-the-u-s-is-easier-said-than-done>.
2. Subramanian S. How the face mask became the world's most coveted commodity. *Guardian*, 28. April 2020. www.theguardian.com/world/2020/apr/28/face-masks-coveted-commodity-coronavirus-pandemic.
3. Bradsher K, Alderman L. The world needs masks. China makes them, but has been hoarding them. *New York Times*, 13. März 2020. www.nytimes.com/2020/03/13/business/masks-china-coronavirus.html.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK—seventh update. 25 März 2020. www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf.
5. World Health Organization. Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide. 3 März 2020. www.who.int/news-room/detail/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide.
6. US firm denies German "piracy" claims over vanished face masks. *DW News*, 4. April 2020. www.dw.com/en/us-firm-denies-german-piracy-claims-over-vanished-face-masks/a-53017112.
7. Estes AC. Trump's Strategic National Stockpile looks empty amid ventilator, mask, and PPE shortage. *Vox*, 7. Apr 2020. www.vox.com/recode/2020/4/3/21206170/us-emergency-stockpile-jared-kushner-almost-empty-coronavirus-medical-supplies-ventilators.
8. Coronavirus: UK failed to stockpile crucial PPE. *BBC News*, 20. April 2020. www.bbc.co.uk/news/newsbeat-52440641.
9. Davies H. Revealed: Private firm running UK PPE stockpile was sold in middle of pandemic. *Guardian*, 22. April 2020. www.theguardian.com/world/2020/apr/22/revealed-private-firm-running-uk-ppe-stockpile-was-sold-in-middle-of-pandemic.
10. Federal Ministry for Economic Affairs and Energy. Federal Government fosters and boosts production of medical personal protection equipment. 9 April 2020. www.bmwi.de/Redaktion/EN/Pressemitteilungen/2020/20200409-federal-government-fosters-and-boots-production-of-medical-personal-protection-equipment.html.
11. Shih WC. Bill & Melinda Gates Foundation: shaping the vaccine manufacturing ecosystem. *Harvard Business School Case* 620-021. 16. September 2019. <https://gatesopenresearch.org/documents/3-1619>.

In memoriam Professor Harald Mau

Am 4. September 2020 ist Prof. Dr. med. Harald Mau nach langer, schwerer Krankheit gestorben. Er war ein Kinderchirurg „der alten Schule“, mehrfach ausgezeichnete Preisträger und Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie.

Harald Mau wurde am 1. März 1941 in Wien geboren. Zur Schulzeit kam er nach Berlin und blieb. Er studierte von 1958 bis 1964 Medizin an der Humboldt-Universität. Seine Facharztweiterbildung absolvierte er in der Kinderchirurgischen Klinik des Städtischen Klinikums Berlin-Buch bei Dr. Ilse Krause. Auch sie war, wie er, eine herausragende Kämpferin für die Kinderchirurgie, die ihn sicher geprägt hat. Harald Mau sagte zu seinen jungen Kolleginnen: „Frauen sind oft die besseren Chirurgen.“

1974 begann Harald Mau seine Schaffenszeit an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Über 30 Jahre lang gestaltete und prägte er deren Kinderchirurgie, mit deren Aufbau er 1978 betraut worden war. Nach der Habilitation 1980 wurde er 1983 Abteilungsleiter, 1984 erfolgte die Berufung zum ordentlichen Professor für Kinderchirurgie. Von 1989 bis zu seinem Abschied in den Ruhestand 2009 stand er der Kinderchirurgischen Klinik an der Charité als Direktor vor. In dieser Zeit hat er die personelle und strukturelle Erneuerung der Charité nach der Wiedervereinigung nicht nur mitgeprägt, sondern auch die Grundlage für das heute größte Universitätsklinikum Europas geschaffen. Dabei stand die Charité 1991 fast vor dem Aus und wäre beinahe abgewickelt worden. Ohne eine Persönlichkeit wie Harald Mau würde es die Charité heute womöglich nicht geben. Von 1990 bis 1995 übernahm er das Amt des Dekans der medizinischen Fakultät an der Charité – eine Aufgabe, für die man Standhaftigkeit und diplomatisches Geschick brauchte. Und Harald Mau kämpfte für die Kindermedizin. Er war fest davon überzeugt, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit vieler

kindermedizinischer Professionen in kindgerechter Umgebung unter einem Dach realisiert werden müssen.

Auch das Mitwirken und Gestalten in der Berufspolitik war für Harald Mau eine Selbstverständlichkeit. Diese Verpflichtung hatte er sich bereits in den Wendejahren auferlegt und in den folgenden 30 Jahren in herausragender Weise erfüllt. So trug er 1989 maßgeblich zur Gründung des ersten freiheitlichen Ärzteverbandes in der damaligen DDR, dem Virchow-Bund, bei. Nach eigener Aussage wollten die Mitglieder die bestehenden Missstände innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems beheben. Nach der Wiedervereinigung fusionierte der Virchow-Bund mit dem westdeutschen NAV-Verband. Und so kam es, dass ein universitärer Professor in einem Verband niedergelassener Ärzte mehr als aktiv war. Schon damals war es sein Ziel, die Patientenversorgung sektorübergreifend zu verstehen. Seit 1993 hatte er das Amt des Vorsitzenden der Landesgruppe Berlin/Brandenburg inne. Von 1991 bis 2006 gehörte er dem Bundesvorstand an. Gewürdigt wurde sein stetes Engagement 2010 mit der Kaspar-Roos-Medaille.

Umgehend nach der Wende engagierte er sich auch vielfältig in der Ärztekammer Berlin, zunächst als Delegierter, von 2011 bis 2018 auch im Vorstand sowie in vielen ehrenamtlichen Beiräten und Ausschüssen. Erst im vergangenen Jahr erhielt er für sein Wirken und Schaffen die höchste Auszeichnung der Ärztekammer Berlin, die Georg-Klemperer-Medaille.

Jenseits seines Engagements für die Interessen der gesamten Ärzteschaft standen jedoch seine kleinen Patientinnen und Patienten immer an erster Stelle. Und diesen persönlichen Einsatz und die Verantwortung lebte er auch seinem Team vor. Allein seine Anwesenheit strahlte Sicherheit und Vertrauen aus. Zudem war er ein außergewöhnlich guter Chef: Er erwartete Einsatz, zollte seinen Mitarbeitenden aber

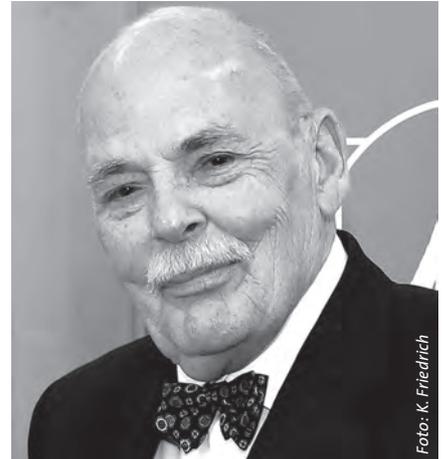


Foto: K. Friedrich

auch aufrichtig Anerkennung. Beispielhaft machte er vor, wie erfüllend es ist, wenn man als Ärztin oder Arzt gebraucht wird. Harald Mau war ein geduldiger Lehrer im OP und zugleich ein guter Professor, der nicht fragte, wann man aus der Elternzeit zurückkomme, sondern ob denn die Kinder gut versorgt seien. Mitarbeiterinnen hat er bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sehr unterstützt und das zu einer Zeit, als das noch nicht in aller Munde war.

Er war aber noch viel mehr als all das! Harald Mau war ein feiner Mensch. Er war ein großer Mann, auch groß gewachsen, und er trug oft und lieber Fliege, nicht Krawatte. Er war ein ausgezeichnete Gastgeber. Er war ein Mensch, der die Geschwindigkeit liebte, im Leben generell, aber auch auf dem Motorrad und im Auto. Trotz seiner vielen Verdienste blieb er am Boden und auf natürliche Weise bescheiden. Die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens war ihm schon immer ein Dorn im Auge. Er sagte einmal, er sei nicht Arzt geworden, um als Millionär zu sterben.

Harald Mau hat die Charité, die ärztliche Berufspolitik und viele, viele Ärztinnen und Ärzte geprägt. Seine Energie im Wunsch nach Verbesserung und Erneuerung sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Kolleginnen und Kollegen war unerschöpflich und außergewöhnlich. Viele lässt er mit besten Erinnerungen traurig zurück.

Dr. med. Susanne von der Heydt

In memoriam

Obermedizinalrat Volker Schliack

Obermedizinalrat Dr. sc. med. Volker Schliack verstarb im Alter von 99 Jahren im vertrauten Kreis seiner Familie.

Der Nestor der Diabetologie, nicht nur in der DDR, auch international prägend und stimmführend, war wahrhaft der älteste hervorragende Vertreter seines Faches. Erst 2017 trat er mit der Ehrung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille, der hohen Auszeichnung der Ärztekammer Berlin, nicht nur der Berliner Ärzteschaft erneut ins Gedächtnis. Dabei haben viele seiner Schüler und Mitstreiter schon das achtzigste Lebensjahr überschritten. So sei der Nachruf Anlass, das Wirken des international renommierten Diabetologen in Erinnerung zu bringen.

Geboren 1921, konnte Volker Schliack nach den Wirren des 2. Weltkrieges 1948 in Greifswald das Staatsexamen der Humanmedizin abschließen. Er promovierte bei Professor Dr. Gerhardt Katsch, der sein Lehrer und Vorbild wurde. Unter Katsch und den Mitstreitern Professor Dr. Gerhard Mohnike und Dr. Volker Schliack erarbeitete das Triumvirat internationale Anerkennung des Diabetes Instituts Karlsburg. Bereits 1950 Oberarzt, erlangte Schliack durch eine repräsentative Untersuchung an 2.000 Probanden erstaunliche Ergebnisse mit der überraschenden Diabeteshäufigkeit von 1,5 Prozent der Bevölkerung. Der Früherkennung des Diabetes mellitus galt fortan seine besondere Aufmerksamkeit. So führte er 1955 in der Bundesrepublik die erste Reihenuntersuchung zur Erfassung der Häufigkeit des Diabetes durch. Nach vielen wissenschaftlichen Disputen etablierte er führend den heute noch gültigen Standard des oralen 75 g-Glukosetoleranztestes.

In der Folge berief der Gesundheitsminister der DDR einen Fachbeirat für Diabetes beim Ministerium für Gesundheitswesen. Schliack erhielt den Auftrag, das erarbeitete strategische Konzept vor Ort durchzusetzen. Im Jahre 1952 wur-



Foto: K. Friedrich

den Bezirksstellen für Diabetes und Kreisstellen für Diabetes errichtet. So entstand das Betreuungssystem der Diabetologie. Schliack setzte sich besonders ab 1953 für die Bildung von Klinik-Sanatorien (Rehabilitationskliniken) ein.

1958 begann unter Beratung von Schliack der gesetzlich verordnete Aufbau des Zentralen Diabetesregisters der DDR. Die Ergebnisse der 15 Bezirke wurden an die Zentralstelle für Diabetes Berlin übermittelt, wo er in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung die Auswertung vornahm. Ab 1965 wurden Statistik und Interpretation regelmäßig im Jahrbuch „Das Gesundheitswesen der DDR“ publiziert.

Ebenfalls 1958 übernahm Dr. Schliack die Leitung der Zentralstelle für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten Berlin Klosterstraße. Er baute ein multidisziplinäres Diabetes Zentrum, eine Diabetespoliklinik auf. Der Aufbau der Diabetes Nachtambulanz – später im Krankenhaus Berlin Kaulsdorf – mit Schulungen, Blutzucker Tages-/Nachtprofilen, war besonders für berufstätige Diabetiker die Möglichkeit, Blutzuckereinstellung unter Arbeitsbedingungen zu finden. Diese Innovation fand in Zeiten vor der Blutzuckerselbsttestung besondere Anerkennung. Viele internationale Expertinnen und Experten informierten sich in der Diabeteszentrale, unter anderem 1974 der Generalsekretär der

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dr. Halfdan Mahler.

In der Folge übernahm Schliack in Personalunion die Leitung der Klinik für Diabetes und Stoffwechselkrankheiten in Berlin Kaulsdorf. Die Klinik umfasste 150 Betten, war mit einer Komastation, der Gangränstation und einer Dialyseabteilung präsent. Die Nähe zur Gynäkologischen Klinik öffnete die konsularische Kompetenz für schwangere Diabetikerinnen mit dem Ziel einer normoglykämischen Einstellung.

1983 habilitiert sich Dr. sc. med. Volker Schliack, längst Obermedizinalrat. Er hatte bereits vorher eine Dozentur an der Charité, die er auch nach seiner Emeritierung 1986 wahrnahm. Schliacks ausgesprochenes Organisationstalent, seine Zivilcourage, nicht ohne Ecken und Kanten, natürlich parteilos, lassen ihn im eigenen Land, in der Zeit des Kalten Krieges, manchen Widerpart spüren. Seine internationale Reputation wies und weist deutlich über Landes- und Systemgrenzen hinaus. Er gründete 1959 das Internationale Komitee für Diabetessuche in der Internationalen Diabetes Federation (IDF), dessen Vorsitzender er wurde. 1965 gründete und leitete Schliack die Europäische Studiengruppe für Diabetes-epidemiologie. Sie wurde später in die Europäische Diabetes Gesellschaft eingefügt. Er war wiederholt Mitglied im Council des Europäischen Diabeteskongress (EASD).

Schliack verfasste über 300 Beiträge für Zeitschriften, Hand- und Fachbücher. Er war Gründungs- und Ehrenmitglied der Deutschen Diabetes Gesellschaft sowie Ehrenmitglied der Ungarischen Diabetesgesellschaft. Zudem war er Träger der Gerhard-Katsch-Medaille der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Obermedizinalrat Dr. sc. med. Volker Schliack, dieser charismatische Nestor der Diabetologie, hat national und international das Fach nachhaltig geprägt. In Würde sein Andenken zu bewahren, soll uns aufrichtige Pflicht und Dankbarkeit sein.

Dr. med. Martin Anders
Prof. Dr. med. Waldemar Bruns
Priv. Doz. Dr. med. Peter Singer

Er war „klar, gerecht und gerade“

In Gedenken an Assessor Josef Kloppenborg, der am 11. August 2020 im Alter von 85 Jahren verstorben ist.

Wie kaum ein anderer ist Assessor „Josef Kloppenborg ein Stück Ärztekammergeschichte“, mit diesen Worten beginnt ein Artikel, der im Dezember 1999 in BERLINER ÄRZTE erschien und mit dem die Kammermitglieder und Mitarbeitenden den langjährigen Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin in den Ruhestand verabschiedeten. 31 Jahre lang hatte der gelernte Jurist die ärztliche Selbstverwaltung der Hauptstadt geführt und deren Entwicklung maßgeblich beeinflusst.

In Berlin geboren, bestand Josef Kloppenborg im Frühjahr 1953 sein Abitur an der Lichtenrader Ulrich-von-Hutten-Oberschule mit Auszeichnung und begann im gleichen Jahr ein Jurastudium an der Freien Universität Berlin (FU). Dieses beendete er vier Jahre später mit der Ersten Juristischen Staatsprüfung, der nach einem Referendariat am Kammergericht 1962 die Zweite Juristische Staatsprüfung folgte. Anschließend arbeitete Josef Kloppenborg im Bundesversicherungsamt in Berlin, zunächst als Regierungsassessor, dann als Regierungsrat und später als Oberregierungsrat.

Anfang 1969 trat Josef Kloppenborg als deren erster hauptamtlicher Geschäftsführer und Justiziar in die Ärztekammer Berlin ein. Dort hoffte der Assessor nach



Foto: K. Friedrich

In der Ärztekammer Berlin hat Josef Kloppenborg seine Spuren hinterlassen.

eigener Aussage, „die Verwaltung weitgehend selbstständig gestalten und den jeweiligen Vorstand bei seinen gesundheits- und berufspolitischen Überlegungen unterstützen zu können“. Das ist ihm gelungen. Josef Kloppenborg löste nach und nach die organisatorische Abhängigkeit von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Er förderte mit Einfühlungsvermögen und fachlichem Können die Zusammenarbeit zwischen der Berliner Ärzte-

schaft und den sie umgebenden politischen Institutionen, wobei der Geschäftsführer auch stets ein wachsames Auge auf die Belange „seiner“ Verwaltung hatte. Er war „klar, gerecht und gerade“ beschreibt ihn eine Mitarbeiterin der Abteilung Weiterbildung noch heute. Als Schlussstein seiner Verantwortung als Geschäftsführer initiierte Josef Kloppenborg zudem ab 1995 einen Prozess der Organisationsentwicklung, bei der unter Beteiligung aller Hierarchieebenen und mithilfe externer Moderation die Grundlagen für eine neue, bessere, mitglieder- und mitarbeiterorientierte Organisation geschaffen wurden. „Die ärztliche Selbstverwaltung über einen so langen Zeitraum mitzugestalten und zu dem zu machen, was sie heute ist, ist auch sein Verdienst“, so Kammerpräsident Günther Jonitz. In Anerkennung seines langjährigen Einsatzes im Dienste der Ärzteschaft ehrte die Bundesärztekammer Josef Kloppenborg bereits 1984 mit der Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft.

Neben seiner Tätigkeit als Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin hat der Jurist lange Jahre auch journalistisch, unter anderem als Berichterstatter und Korrespondent für das Deutsche Ärzteblatt gearbeitet. Privat war Josef Kloppenborg zeit seines Lebens ein leidenschaftlicher Sammler moderner Malerei und engagierte sich für seine Gemeinde im Erzbistum Berlin.

Ärztekammer Berlin

BERLINER ÄRZTE im Internet

www.berliner-aerzte.net

COVID-19: Medizin, Politik und Öffentlichkeit

Wissenschaftstheoretische und -praktische Reflexionen

COVID-19 und die Medizin für die Gesellschaft

Die COVID-19-Pandemie war und ist ein medizinisch und gesellschaftlich neuartiges Phänomen. Es musste bei wenig Wissen umfassend behandelt werden. So wurde, im Europa-Vergleich, in Deutschland und Österreich durch ein gutes Zusammenspiel von Medizin, Politik, Medien, Behörden und Bevölkerung ein sehr überzeugendes Krisenmanagement realisiert: Die niedrige bevölkerungsbezogene Quote der von SARS-CoV-2-Infizierten (ca. zwei Promille), sowie der damit assoziierten Toten (ca. 0,09 Promille) und die Dämpfung der epidemischen Dynamik als Outcome sind zufriedenstellend. Es wurde auch deutlich, dass Sozialstaaten, die weniger Privatisierung des Gesundheitswesens aufweisen und ihre Bürgerinnen und Bürger in wirtschaftlichen Notlagen gut stützen, ganz gut durchgekommen sind.

Für den Winter 2020/2021 bestehen allerdings wieder hohe Anforderungen an die medizinische Praxis: effiziente Differenzialdiagnostik bei Erkältungssymptomen, logistische, personelle und infrastrukturelle Basis dafür und für den Krisenfall, qualitativ bessere Tests, Formen eines zwar partiellen gesundheits- aber auch familien- und wirtschaftsverträglichen Lockdowns und so weiter. Das muss auch adäquat fachextern kommuniziert werden. Für diese Aufgaben ist eine Reflexion des unmittelbar Vergangenen sinnvoll.

In der jetzigen postakuten Phase, nach dem „Lockdown-Hammer“ und nun im „Dance“ auf einer möglichen zweiten

Welle³ finden bereits die Hygieneempfehlungen außerhalb der Medizin zunehmend weniger Resonanz. Somit ist es höchste Zeit für eine „Epikrise“ zum Nachdenken.

Handeln bei Ungewissheit – wichtige Einsichten und Grundfragen

Nach dem erfolgreichen akuten Handeln stellen sich grundlegendere Fragen wie: „Was war wirklich wirksam?“, „Wie ist das Verhältnis von Hygieneregeln und Freiheitsrechten?“, „Wie verhält sich die Medizin zur Ökonomie?“ und „Was ist ‚gute‘ Wissenschaft?“. Hier versteckt sich vor allem die Frage: Welche Realität verbirgt sich hinter den Zahlen? Wissenschaftstheoretisch fundierte Antworten zu diesen Fragen sind für die nächste Welle oder Krise hilfreich⁴. Angesichts der hohen Eigendynamik der Epidemie/

Pandemie muss der Wissensfortschritt genau überprüft werden. Es geht schließlich um das weitere gesellschaftliche Vertrauen in die Medizin als Wissenschaft und als Public Health-Akteur, und zwar, was die Maßnahmen-Adhärenz in der Bevölkerung angeht. Denn vor allem die Klarstellung des Attributs

„Wissenschaftlichkeit“ als logisch-empirische, aber kritische Rationalität erlaubt es, Corona-Alarmistinnen und -Alarmisten, Corona-Skeptikerinnen und -Skeptiker und Corona-Leugnende zum Corona-Realismus hinzuführen und mit anderen Sichtweisen zu balancieren.

Folgende Aspekte des ersten Halbjahres 2020, hier als Thesen oder Fragen formuliert, erscheinen uns bearbeitungswür-

dig (siehe Hinweis zu Anmerkungen/ Literaturverzeichnis am Ende des Artikels):

Praxis hat bei neuen Krankheiten Erkenntnisvorsprung!

Die erste öffentliche Warnung vor dem Virus geht offensichtlich auf den jungen chinesischen Augenarzt Li Wenliang zurück, der Ende Dezember 2019 in einem Chatroom von schweren untypischen Pneumonien in seiner Klinik in Wuhan berichtete. Er war wenig später selbst infiziert und starb Anfang Februar 33-jährig an COVID-19⁵.

Sein Hinweis und auch sein Schicksal wurden zu wenig und zu spät beachtet, und auch jetzt kommen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte mit ihren Erfahrungen zu wenig zu Wort. Diese Nachrangigkeit der Praxis bei der medizinischen Wahrheitsfindung, wie sie die Evidenzbasierte Medizin (EbM) mit ihrer Präferenz für randomized controlled trials (RCTs) vorsieht, ist in derartigen neuen Situationen kontraproduktiv, vernünftige „Face validity“ muss zunächst reichen. Weiterführend wäre hier eine Gleichstellung der Praxis mit der Forschung in „transdisziplinären Diskursen“, ohne „Message control“ und auch mit Kritikerinnen und Kritiker (Anmerkung 1). Nicht zuletzt sollte die Politik nun die „Systemrelevanz“ der praktischen Gesundheitsberufe mit einer strukturellen und finanziellen Stärkung anerkennen.

Schlüsselbegriffe müssen definiert werden!

In der Verständigung über die Pandemie wird bereits die Unterscheidung von Prävalenz als Bestandsgröße und Inzidenz als Änderungsgröße oft nicht beachtet. Besonders wichtig sind aber Begriffe zur „Gefährlichkeit“ des Virus (Anmerkung 2):

a) Die pathogenetische Gefährlichkeit des Virus auf Bevölkerungsebene kann zunächst nach dem spezifischen Sterberisiko bei einer Infektion beurteilt werden (fallbezogene Letalität; case fatality

„Die Grenzen meiner Sprache bedeuten die Grenzen meiner Welt“

Ludwig Wittgenstein¹

rate, CFR). Aber auch der Vergleich mit anderen Indikatoren der Sterberisiken, beispielsweise bezogen auf die serologisch ermittelten Infizierten (Infection Fatality Rate, IFR) oder gar die bevölkerungsbezogene Mortalität; (Tote/100.000 Einwohner) erfassen verschiedene Gefährdungsdimensionen⁶. Bemerkenswert dazu ist, dass eine geringe Mortalität ohne Angabe der Infektionsquote der Bevölkerung generell keine belastbare krankheitsbezogene Aussage erlaubt; die CFR liegt deutlich höher, ist aber diesbezüglich zutreffender. Die IFR bei COVID-19 ist wegen der gegenwärtig schätzungsweise fünfmal höheren Quote an asymptomatisch versus symptomatisch Infizierten wiederum deutlich niedriger als die CFR. Zur öffentlichen Beruhigung kann daher die Mortalität gewählt werden (D, A: < 0,1 Promille), zur Aktivierung hilft die CFR (D, A: ca. drei Prozent), korrekter wäre die (geschätzte) IFR (D, A: ca. 0,6 Prozent). Allerdings umfasst die epidemiologische Terminologie zur Sterblichkeit fast ein Dutzend weiterer Begriffs- und Kalkulationsvarianten, weshalb jeweils Klärungen des gewählten Indikators erforderlich sind^{7,8}. Hierbei ist im Hinblick auf die Sterbefälle auch noch zu unterscheiden, ob jemand mit oder wegen SARS-CoV-2 gestorben ist. Für kausale Analysen sind Geschlecht, Alter, BMI, Komorbiditäten, und so weiter, aber auch Versorgungssystemparameter (zum Beispiel: Intensivbetten/100.000 Einwohner) relevant.

Zur Charakterisierung der epidemiologischen Ausbreitungsdynamik wird der Indikator „Verdoppelungsintervall“ oder die „effektive Reproduktionszahl“ (R_{eff}) verwendet. Beide Konzepte zeigen begriffliche und kalkulatorische Probleme (siehe „Modellierungen sind Bilder der Wirklichkeit!“).

b) Auch pathologisch lässt sich die Gefährlichkeit des Virus sowohl klinisch charakterisieren, insofern CT- bzw. MRT-Bilder der Lunge auch junger Patientinnen und Patienten gravierende Veränderungen zeigen können, was das Atemnotsyndrom auch für Laien verständlich macht (zum Beispiel bei Defektheilungen).

Auch visualisierte pathophysiologische Erklärungsmodelle lassen für Interessierte bei entsprechender Didaktik die Virulenz und Multiorgan-Pathogenität des Virus erkennen. Folglich wären integrativ interdisziplinäre Beschreibungen und Bewertungen, die mehrere Dimensionen des Schädigungspotenzials des Virus erfassen, sinnvoll.

Testen, Testen, Testen ... ?

Der (nötige) Empirismus der Medizin verlangt mehr Tests, aber die Geschwindigkeit und Qualität – vor allem der gesamten Prozedur von der Anforderung der Testung bis zur behördlichen Ergebnis-Meldung und weiteren Veranlassung – ist mit bis zu acht Tagen noch nicht zufriedenstellend. Bereits die Indikationsstellung der Testung lässt neben den Organisationsherausforderungen Optimierungsbedarf erkennen. Auch ist – bei neuen Viren nicht verwunderlich – die Test-Spezifität zu verbessern, und auch die Sensitivität benötigt infektionsphasenspezifische Relativierungen⁹. Dies vor allem wegen des psychosozialen Problems der Quarantänisierung der „falsch Positiven“ mit den individuellen (und kollektiven) sozialen, ökonomischen und rechtlichen Nebeneffekten (Anmerkung 3).

„Daten“ produzieren Schatten der Wirklichkeit!

a) Datenerfassung: Der allseitige Datenhunger ist verständlich und so wurde viel publiziert, aber einige dieser Arbeiten mussten wegen Datenmängeln bereits wieder zurückgezogen werden. Es muss nun allmählich klarer werden, dass auch ein Nachdenken über die Situation einen stärkeren Stellenwert haben muss. Zu beachten ist auch, dass die an einem Tag X veröffentlichten Zahlen wegen der Verarbeitungslatenz nur die Situation von ein paar Tagen vorher abbilden können. Dies ist für die Prävention und die Effektivitäts-Evaluation der Maßnahmen wichtig (siehe „Maßnahmen und ihre Evaluation“). Auch wir können hier nur grobe Zahlenwerte an-

führen, es geht uns aber um prinzipielle Fragen.

b) Datenanalytik: Das nicht lineare Anwachsen der Zahlen, oft nur teilweise zutreffend als exponentieller Verlauf bezeichnet, wurde über Interpolationen der Datenpunkte durch mathematische Funktionen charakterisiert. Aber nicht nur die Deskription der Kurve, sondern vor allem die Prädiktion ist problematisch, weil a priori nicht gewusst werden kann, wann die Kurve abflacht, also linear oder „unter linear“ weiter verläuft: Die 95 Prozent Prädiktionsintervalle scherten oft bereits nach wenigen Prognose-Tagen stark auseinander.

c) Folglich ist die Wirklichkeit durch Daten und Datenanalytik alleine, ohne fachtheoretische Überlegungen und inhaltliche Hypothesen, nur eine sehr grobe Heuristik. Der Gegenstand der Forschung, die Epidemie/Pandemie, ist nämlich ein sich selbst-organisierendes, heterogenes dynamisches System mit starker Eigenlogik, wo Nachweiskriterien der EbM (zum Beispiel RCTs) nur sehr begrenzt zutreffend sind^{10,11}.

Wie also schon Vorhersagen des Wetters oder der Börsenkurse zeigen, ist nach Karl Valentin „die Zukunft nicht mehr das, was sie einmal war“ (Anmerkung 4).

Modellierungen sind Bilder der Wirklichkeit!

Die epidemiologischen Systemmodelle müssen richtig eingeschätzt werden, denn die S-E-I-R-Modelle bilden zwar die Dynamik der Größe verschiedener Bevölkerungsgruppen bezüglich der Suszeptibilität (S), der Exposition (E), der Infizierten (I) und der Rekonvalenzierten (Recovered, R) prinzipiell gut ab, aber sie bedürfen täglich neuer Berechnungen¹². Auch sie erlauben nur kurzfristige Wenn-dann-Prognosen mit erheblichen Streuungen. Besonders bedeutsam in diesem Differenzialgleichungssystem der Epidemiebeschreibung ist die erwähnte effektive Reproduktionszahl (R_{eff}), die sich theoretisch aus dem Produkt der Kontakte pro Zeitein-

heit, der Infektionsrate pro Kontakt und der Dauer der Infektiosität der betreffenden Person ergibt. Diese Zahlen müssen in der Praxis geschätzt werden, wobei verschiedene statistische Annahmen einfließen¹³. In Deutschland und Österreich war die durchschnittliche R_{eff} um den 10. März maximal bei etwa drei, reduzierte sich daraufhin bis Anfang April auf circa eins und blieb dann auf diesem Niveau. Hygiene-Maßnahmen wurden aber erst um Mitte März implementiert. Daher ist die R_{eff} kein praktischer Ziel-Indikator, da er am Darstellungstag die Verhältnisse vor etwa einer Woche wiedergibt¹⁴. Praktischer ist es, die täglich „Neuinfizierten“, bei denen „Bruchpunkte“ identifiziert werden können¹⁵, als Effekte von Maßnahmen anzusehen (Anmerkung 5).

Maßnahmen und ihre Evaluation – was ist effektiver: „Distancing“ oder Mund-Nasen-Masken?

Epidemien durch übertragbare Krankheiten können, wenn keine Impfung zur Verfügung steht, verständlicherweise am besten durch „Distancing“ eingedämmt werden. In differenzierten Situationen, wie es die modernen Gesellschaften mit ihren komplexen Lebenswelten sind, müssen – um Kollateralschäden zu minimieren – möglichst spezifische Präventionsmaßnahmen geplant und umgesetzt werden: Verbot von Großveranstaltungen, keine Treffen in geschlossenen Räumen, Maskenpflicht, Schulschließungen, Besuchsverbote in Krankenhäusern und Heimen usw. Nach mehreren Wochen kann dann evaluiert werden, welche der Maßnahmen am effizientesten gewesen sind, beispielsweise bezüglich der R_{eff} . Man kann sich dazu eine multiple Regressionsgleichung vorstellen. Das ist bisher nicht zufriedenstellend gelungen, denn viele der vor-

her genannten Methodenmängel wurden in diesen Studien nicht ausreichend berücksichtigt. Einfache, rückblickende

Kausalanalysen verschiedener Hygiene-maßnahmen legen nahe, dass die stärkste Dämpfung der epidemischen Dynamik in Deutschland, der Schweiz und in Österreich durch das Verbot von Großveranstaltungen, und weniger durch Ausgangsverbote erzielt wurde^{16,17}.

Es gilt oft: Effekte sind nicht bewiesen, aber auch nicht ausgeschlossen (Anmerkung 6).

„Integrierte Medizin“ ist nötig!

Die Neuheit des Virus bringt intensiven Orientierungsbedarf mit sich. Der passende Umgang mit dem Nichtwissen kann als hypothesengeleiteter Erkenntnisprozess im Sinne des kritischen Rationalismus und logischen Empirismus beschrieben werden, der den konstruktivistischen Charakter von Wissenschaft mit bedenkt. Dazu gibt es aber einige Desiderate:

a) Intradisziplinärer Meinungspluralismus: Virologie gilt nun als führende Spezialdisziplin der Medizin. Aber auch Virologen sind trotz naturwissenschaftlicher Gegenstandsbeschreibung nicht immer einer Meinung. Es geht in diesem Fall um die Umgehensweise mit anderen Meinungen, also um Präferenzen für einen Wissenschaftsstil, bei dem nur gesichertes Wissen an die Öffentlichkeit gelangen soll, also eine Art Message Control erfolgen soll, oder ob ein offener Diskurs zur Transparenzsteigerung bevorzugt wird. Und überhaupt: Wie regierungskonform muss und darf die Wissenschaft als „institutionalisierter Skeptizismus“ in dieser Situation sein?

b) Multidisziplinarität der Medizin: Grundsätzlich ist die Corona-Pandemie nur im innermedizinischen interdisziplinären Diskurs zu verstehen und adäquat

zu managen: Kenntnisse haben Virologen vom Verhalten der Viren, Epidemiologen von deren Verbreitung über Infizierte, Hygieniker von effektiven Vorbeugemaßnahmen, Infektiologen von den klinischen Besonderheiten, Internisten von den symptomatischen Behandlungsoptionen, Pathologen von relevanten Organstrukturveränderungen, Allgemeinärzte von der Situation der Kranken in ihrem Wohnumfeld usw. Die verschiedenen Sichtweisen – Labor, Fallstatistiken, Modellbildung, Pathologie, Schutzmaßnahmen – zeichnen ein schwer verständliches, bruchstückhaftes Mosaikbild der Epidemie und damit von dem zielgerechten Handlungsbedarf. Es liegt eine „assoziative“, aber nicht „integrative“ Multidisziplinarität vor, die offensichtlich nicht in einen konzeptuellen Rahmen eingebettet werden kann. Nimmt man noch die (Gesundheits-) Ökonomen dazu, dann öffnet sich noch das politische Konfliktfeld „Ethik versus Monetik“¹⁸.

c) „Integrierte“ statt „assoziative“ Interdisziplinarität ist nötig: „Jeder sagt seine Meinung“ spiegelt ein demokratisches Wissenschaftskonzept, aber diese Differenzen sind Nährboden für Verschwörungstheoretikerinnen und -theoretiker. Bemühungen um Konsistenzen zwischen verschiedenen medizininternen Fachperspektiven, die vom Betrachtenden hergesehen, zum Teil schon wegen ihrer Spezialisierungen widersprüchlich erscheinen, wären dazu hilfreich.

d) Verbindungen der Medizin mit anderen Fachgebieten: Es wird deutlich, dass die Hygienemaßnahmen mit Wirtschaftsinteressen kollidieren, auch verschiedene Rechtsbereiche sind negativ berührt. Es stellt sich die Frage, ob die Medizin bei ihrem Standpunkt bleiben und ob dann von Dritten über Konflikte diskursiv abgestimmt werden sollte. Oder, ob die Medizin andere – „extradisziplinäre“ – Gesichtspunkte einbeziehen und sich bei der Kompromissuche beteiligen sollte. Letzteres verführt zu „faulen“ Kompromissen, wäre aber fairer. Diese Integration der Perspektiven wäre auf systemwissenschaftlicher

„Wenn Menschen Risiken als real erleben, sind sie real“

Ulrich Beck²

Ebene möglich^{19, 20}. So könnte die Medizin mit anderen Disziplinen auch entscheidungsvorbereitend die Politik entlasten und sie zugleich auch fordern, weiterhin transparent und evidenzbasiert zu agieren.

Wo bleibt der Mensch?

Die sinnvollen Hygienemaßnahmen wie die Heim-Quarantäne, die nur die physische Distanz zum Ziel hat, bewirkt auch soziale Distanz. Das erleben viele Menschen als bedrückend und einengend, neben Heimbewohnerinnen und -bewohnern auch junge Menschen. Es fehlt der pragmatischen Krisenmedizin die subjektive Seite, ein Menschenbild, das die „Ökologie der Person“ mitdenkt und die Maßnahmen dementsprechend anpasst. Die psychosozialen Effekte der Isolierung, schon mit der banalen Frage der Grundversorgung im Haushalt, sind nicht ausreichend bedacht.

Öffentlichkeit, Recht, Wirtschaft, Politik und Ökologie als Grenzgebiete der Medizin

a) Die Öffentlichkeit muss minimal missverständlich mit wissenschaftlichen Informationen versorgt werden. Nachrichtenredaktionen müssen über ihre Wissenschaftsredaktionen die Qualität sichern. Viele Informationen sind allerdings eine didaktische Herausforderung. Es wäre dringend geboten, die Corona-Berichte medienwissenschaftlich zu untersuchen, um zu evidenzbasierten medialen Gestaltungsempfehlungen zu gelangen.

b) Recht: Einschränkungen der Bewegungsfreiheit betreffen elementare Bedürfnisse, Nähe und Distanz zu regulieren. Diese sind sinngemäß in der Verfassung zugesichert. Sie kollidieren aber mit dem Interesse des Gemeinwohls und können durch Notstandsgesetze eingeschränkt werden. Darüber wird derzeit diskutiert.

c) Die Wirtschaft muss von der Medizin berücksichtigt werden. Am Maximum der Epidemie bestand ein Konflikt, der

auf den Punkt gebracht besagt, dass „ein verhinderter COVID-Toter bis zu 1.000 Arbeitslose mit sich bringt“. Dieser ethische Konflikt muss offen angegangen werden (Anmerkung 7).

d) Wirtschaftspolitik muss resilientere lokale, regionale und nationale Versorgungsstrukturen für systemrelevante Güter und Dienstleistungen aufbauen.

e) Politik: Die demokratischen Strukturen sind einem Stress-Test sondergleichen ausgesetzt, bei dem auch Schwachstellen erkannt und verbessert werden müssen. Digitale Überwachung kann nicht die Lösung sein.

f) Zoonosen, also unser Verhältnis zu Tieren (und natürlichen Ökosystemen überhaupt) müssen ernster betrachtet werden.

Diese Aspekte verweisen darauf, dass „das große Ganze“ mit seinen systemischen Zusammenhängen anzudenken ist. Dabei müssen sich vor allem Medizin und Wirtschaft verständigen, wo ja durch die Gesundheitsökonomik Verbindungen bestehen, die allerdings nicht methodisch eindimensional nur auf die Monetarisierung von Werten konzentriert sein dürfen.

Ausblick

Bis zur biotechnologischen Lösung des Corona-Problems durch Therapie und Impfung und der Wirkung von digitalen Technologien, wie der Corona-App zur Früherkennung und -intervention der Epidemie-Dynamik, muss über wohlbekannte verhaltens- und verhältnisorientierte Hygienemaßnahmen gehandelt werden. Dazu muss die Resilienz des Versorgungssystems, insbesondere was den personellen Bereich betrifft, ausgebaut werden. Für die nötige hohe Adhärenz in der Bevölkerung gegenüber den sinnvollen Hygienemaßnahmen sind allerdings die wissenschaftlichen Grundlagen der entsprechenden Handlungsorientierungen auf ihre Konsistenz hin zu überprüfen (Konsistenz-Konferenzen). Darüber hinaus erscheint ein sachlicher medizinübergreifender Diskurs wünschenswert. COVID-19 hat

auch gezeigt, dass eine Rückführung auf europäische Produktionsstätten medizinrelevanter Produkte hilfreich wäre. Dieses Multitasking stellt eine große Herausforderung auch für Staat und Politik dar.

Die Anmerkungen sowie das Literaturverzeichnis können über die Onlineausgabe dieses Heftes unter <https://berliner-aerzte.net/> abgerufen oder bei der Redaktion unter der Rufnummer 030 40806-4101 angefordert werden.

Autoren

Prof. Dr. Dr. phil. Dr. rer. pol.
Felix Tretter
Vicepresident, Bertalanffy Center for the Study of Systems Science,
Paulanergasse 13/2.Stck.
A-1040 Wien

Prof. Dr. Dr. rer. nat. Dr. h. c. mult.
Dieter Adam
ehem. Dr. von Hauersches Kinderspital
der Universität München
Lindwurmstraße 4
80337 München

Korrespondenzadresse:

Professor Dr. Dr. phil. Dr. rer. pol.
Felix Tretter
E-Mail: felix.tretter@bcsss.org

* Anmerkung der Redaktion: Wir bedanken uns beim Bayerischen Ärzteblatt für die Erlaubnis, diesen Artikel nachdrucken zu dürfen.

Anmerkungen und Literaturverzeichnis

zum Beitrag „COVID-19: Medizin, Politik und Öffentlichkeit“

von Prof. Dr. Dr. phil. Dr. rer. pol. Felix Tretter und
Prof. Dr. Dr. rer. nat. Dr. h. c. mult. Dieter Adam
Berliner Ärzte 9/2020, Seite 33 ff.

ANMERKUNG 1 – Praxis

Die Wissenschaftsgeschichte zeigt, dass Forschung – als Prozess betrachtet – in Empirie und Theorie iteriert, von Stadien der qualitativen Forschung zu Stadien der quantitativen Forschung und bei neuen Situationen wieder zurück^{21, 22}. Bei „neuen“ Phänomenen wie COVID-19 sind wir nun ein halbes Jahr nach den ersten klinischen Beobachtungen allmählich zu immer besser fundierteren Sichtweisen gelangt, aber noch immer mit Bruchstellen. Dennoch muss die klinische Praxis für ein umfassendes Bild vom Geschehen in den fachlichen wie auch öffentlichen Diskursen stärker repräsentiert sein.

ANMERKUNG 2 – Begriffe

(I) Die meist diskutierte und bei neuen Epidemien rasch ermittelbare case fatality rate (CFR) wird korrekter auch als case fatality proportion oder case fatality ratio bezeichnet, was zutreffender ist, da es sich um eine Quote handelt und der Zeitraum nicht genau ermittelt wird: Von der Infektion über die Erkrankung bis zum Tod dauert es eben Wochen und wenn dann für einen Tag X die Zahlen dargestellt werden, so sind die bis dahin Verstorbenen auf einen kürzeren Zeitraum zu beziehen als die Zahl der Infizierten. Hier ist unter Epidemiologinnen und Epidemiologen auch noch Diskussionsbedarf, vor allem wie dies kommuniziert werden soll, wenngleich es, wie beschrieben, gewisse Sprachkonventionen gibt.

(II) Die absolute Totenzahl (und ihre tägliche Änderung) ist nicht so aussagekräftig. Sie wird als Zähler auf die Zahl der – durch PCR-Tests Identifizierten – Infizierten (CFR) oder auf die mithilfe serologischer Studien anhand der Antikörper-Produktion ermittelten Infizierten (IFR) im Nenner bezogen. Die IFR, die auch die

asymptomatischen Infizierten erfasst, „verdünnt“ also die CFR: So kann die IFR als „Verharmlosung“ wahrgenommen werden, die CFR hingegen als „Dramatisierung“. Dazu einige Zahlen, in Größenordnungen²³: Ende März wurden regelmäßig die „Rekordzahlen“ der etwa 5.500 täglich in Italien Verstorbenen massenmedial kommuniziert, ohne dass diese Zahlen entsprechend relativiert oder auch mit anderen (saisonalen) Todeszahlen verglichen wurden. Für Deutschland (und Österreich) lag Ende Mai beispielsweise die kumulative Schätzung der Mortalität – vereinfacht gesagt – bei etwa unter 0,1 Promille. Die Case fatality rate (CFR) betrug hingegen etwa drei Prozent, also das 300-fache! Diese Zahl ist erschreckend hoch. In repräsentativen Erhebungen wurde die serologische Prävalenz ermittelt, die im Juli etwa für den Hotspot Ischgl das fünffache der Test-Positiven betrug²⁴ und daher zeigte, dass es eine erhebliche Zahl an asymptomatischen Virusträgerinnen und -trägern gibt. Nimmt man diese Zahl als Basis, dann kommt eine kalkulatorische IFR von nur 0,6 Prozent heraus, die allerdings höher ist als die gewöhnliche Influenza mit etwa 0,1 Prozent CFR^{25, 26}.

(III) In der Öffentlichkeit kommuniziert führen diese erheblichen Zahlendifferenzen zu Kommentaren wie „zwei Experten, drei Meinungen“. Es wäre daher, vor allem im Hinblick auf den relativierenden Vergleich mit anderen Krankheiten, zu empfehlen, dass die Mortalität – auch in der Medienkommunikation – bevorzugt wird, die das allgemeine Sterblichkeitsrisiko im Vergleich kennzeichnen kann, während die als Zusatzindikator nützliche Letalität (CFR, IFR usw.) die Gefährlichkeit des Virus für Infizierte abbildet. Erörterungen weiterer Differenzierungen müssen hier unterbleiben: Geschlecht, Alter, Risikofaktoren wie Multimorbidität, BMI etc.

(IV) Für den internationalen Vergleich müssen die Zeitpunkte des Beginns der nationalen Epidemien verwendet und adjustiert werden, damit einigermaßen zutreffende Vergleiche erfolgen können: Der Vergleich von Italien und Deutschland auf ein Datum bezogen zeigt günstigere Verhältnisse in Deutschland, das aber auch von Italien über die Gefährlichkeit des Virus lernen konnte.

(V) In anderen Ländern wie Großbritannien (UK) bzw. Schweden (S) haben Gesundheitsexperten umfassende Präventionsschritte verzögert, um eine fiktive „Herdenimmunität“ zu erreichen. Das wurde von anderen Standpunkten aus als inhuman gewertet. Mit frühzeitig restriktiveren Strategien in Deutschland (D) und Österreich (A) wurde eine mindestens siebenfach niedrigere Mortalitätszahl realisiert (Anfang August;²³): UK = 68 bzw. S = 57 und D = 10 bzw. A = 7. Die CFR war aber nur zwei bis dreifach gemindert: UK = 14,3, S = 10,27, vgl. D: 4,72, A = 3,96. Für analytische Vergleiche muss daher genauer geklärt sein, welche der Indikatoren man warum wählt und welche Länder verglichen werden sollen und warum. Hierzu ist auch soziologische und geographische Kompetenz einzubinden, Big Data alleine greift zu kurz, wie auch die folgenden Punkte verdeutlichen.

ANMERKUNG 3 – Testen

(I) Angesichts der geringen Quote von etwa fünf Prozent positiven Ergebnissen bei symptombedingten Testungen, sind rückblickend zumindest für einige Tage doch tausende Menschen unbegründet in Quarantäne geschickt worden. Das bedeutet, dass die Verbesserung der Testeffizienz – auch organisatorisch – ein wichtiger Schritt zur Ökonomisierung wäre.

(II) Bei anstehenden erneuten Corona-Wellen ist wegen Personalmangels im Gesundheitswesen auch die Einbezugnahme der Polizei und des Militärs, beispielsweise in Österreich, epidemiegesetzlich zur Testerhebung und Quarantäne-Kontrolle vorgesehen. Dies erscheint wegen der Konfusion institutio-

nalisierten Rollen demokratiepraktisch problematisch, da beide zur Gewaltausübung autorisiert sind.

ANMERKUNG 4 – Daten und Realität

(I) Rasch wurde deutlich, dass die Zahlen, die die täglichen Neuinfizierten darstellen sollten, eine mehrere Tage zurückliegende Situation abbildeten. Das wurde von den Institutionen als „Meldeverzögerung“ erkannt, der auf der Probenentnahme, dem Transport ins Labor, der Ergebnismitteilung an die Behörden und dann an das Robert Koch-Institut (RKI) beruhte und zu Irritationen geführt hatte. Auch für das Contact tracing müssen gegebenenfalls vier Tage Inkubationszeit und weitere vier Tage bis zum Testergebnis veranschlagt werden. Diese Verzögerungen veranlassten öfters zu Korrekturen der Zahlen, was wiederum artifizielle Sprünge in den Kurven der Rohdaten zur Folge hatte. Auch die Ausrichtung auf Mittelwerte der Zahlen der Gesamtbevölkerung sind unzulänglich, da es Regionen gab, in denen die Prävalenz nur wenige Fälle betrug (Österreich: Burgenland, Kärnten). Der Cluster-Charakter des Phänomens macht ja weiterhin Schwierigkeiten in der Abschätzung und im Management.

(II) Das rasche Anwachsen der registrierten Infiziertenzahl ließ sich phasenweise am einfachsten als „exponentielles Wachstum“ mathematisch abbilden. Damit konnte die hohe Infektiosität öffentlich wirksam kommuniziert werden. Extrapolationen der Infizierten- und Totenzahl dienten darüber hinaus Politikerinnen und Politikern als Worst Case-Szenarien, um der Öffentlichkeit zu signalisieren, dass im Falle des Nichtstuns bald 100.000 Tote, auch aus dem persönlichen Umfeld, zu erwarten seien. Dabei bezog man sich auf die obere Komponente des visualisierten prädiktiven Konfidenzintervalls (prediction intervall). Die Medien hatten dabei die Aufgabe, das „exponentielle Wachstum“ der Epidemie und das „Was-wäre-wenn“ beim Unterlassen von Restriktionsmaßnahmen anschaulich zu vermitteln, wobei zwi-

schon möglichen und wahrscheinlichen Verläufen nicht gut genug unterschieden wurde.

In der Debatte wurde der Übergang in die lineare und dann degressive Phase der Wachstumsfunktion ignoriert, wohl auch um sich nicht zu verschätzen.

ANMERKUNG 5 – Modellierungen und die Reproduktionszahl

Neben den SIR-Modellen werden, um das Cluster-Phänomen besser zu modellieren zu können, auch Agenten-basierte Modelle verwendet, die den Raumaspekt der Übertragung einfacher abbilden lassen. Allerdings ist Mathematik alleine, ohne die epidemiologischen Mechanismen genauer identifiziert zu haben, für die Praxis nicht so relevant, wie es den Anschein hat. Denn nur durch die Numerik der aktuellen Daten können die zukünftigen Verläufe für ein paar Tage mit hoher Treffsicherheit extrapoliert werden.

Zum Nutzen der Reff führt das RKI aus²⁷:

„Die Reproduktionszahl alleine reicht nicht aus, um die aktuelle Lage zu beschreiben. Zumindest die absolute Zahl an Neuerkrankungen und auch die Zahl schwerer Erkrankungen müssen zusätzlich betrachtet werden, um ein angemessenes Bild zu bekommen.“

Dies ist allerdings schon von früheren Epidemie-Diskussionen der „zweiten Welle“ („wann, wo,?“), lange vor COVID-19, bekannt²⁸.

ANMERKUNG 6 – Maßnahmen und ihre Evaluation

Die alte Weisheit, dass Abstand halten, also Distancing, bei Infektionen präventive Wirkung hat, wurde und wird noch, auch bei Corona, angewendet. Ob ein Meter Abstand oder zwei Meter Abstand in alltagsweltlichen Settings wirklich einen signifikanten Unterschied ausmachen bleibt offen, wenngleich nicht selten einige Hundert Euro bei Unterschreiten des jeweiligen Abstandes von der Polizei erhoben wurden.

Auch das Tragen eines Mund-Nasenschutzes ist sinnvoll, aber in realen Situationen nicht sicher wirkungsvoll. Messungen und Simulationen zeigen, dass eine Hustenattacke zu einer mehrere Meter weitreichenden Wolke an Aerosolen führen kann. Dieses Spreading können Masken mindern, was als Face validity für de-facto-Effekte der Masken erscheint. Wenngleich die exakten Daten zu einer gewissen Emissionsreduktion vorhanden sind, fehlen sie aber zum Effekt eines (sozusagen) „Immissions-schutzes“. Daher war beispielsweise in Österreich kürzlich von offizieller Seite vom „Placebo-Effekt der Masken“ die Rede, insofern die Masken symbolisch anzeigen sollen, dass man in einer Pandemie-Zeit lebt und vorsichtig gegenüber sich und den anderen sein sollte.

ANMERKUNG 7 – Grenzgebiete der Medizin

Die wirtschaftlichen Folgen eines harten Lockdowns sind noch unabsehbar. Minderungen des BIPs, drastische Zunahmen an Konkursen und Arbeitslosen sind auch Wirtschafts-Laien plausibel. Wirtschaftswissenschaftliche Hochrechnungen leiden allerdings unter ähnlichen methodologischen Problemen wie sie für die Epidemiologie bestehen. Die einfache Frage, wieviele Arbeitslose (AL) usw. die Verhinderung eines COVID-19-Toten mit sich bringt ist kaum zu klären. Dazu eine Grobkalkulation: Auf Österreich bezogen, für die Zeit von Mitte März bis Mitte/Ende April, gab es beispielsweise ca. 200.000 zusätzliche AL²⁹.

Nun kommt das Problem der prospektiven Kalkulation der Toten ohne Lockdown als Bezugsgröße: Bei linearer Extrapolation wären in dem Zeitraum etwa 800 statt 600 (also 200 zusätzliche) Tote zu erwarten gewesen³⁰, bei exponentiellem Verlauf 20.000 und mehr Tote³¹.

Schweden, mit ähnlicher Bevölkerungszahl wie Österreich, aber ohne harten Lockdown, hat für den Zeitraum etwa 2.000 Tote zu beklagen, Österreich hat mit etwa 500 Toten im April also hypothetisch 1.500 Tote verhindert³².

Diese Kalkulationen ergäben ein Verhältnis der durch den Lockdown verhinderten Toten zu den erzeugten Arbeitslosen von etwa (a) 1:1.000, (b) 1:10 und c) 1:140. Wirtschaftspolitisch opportun ist die Kalkulation von (b), da der Wirtschaftsschaden am geringsten wäre. Diese diffizile Problematik müsste differenziert untersucht werden.

Literaturverzeichnis

- Wittgenstein, L. 1963. *Tractatus Logico-philosophicus*. Suhrkamp, Frankfurt; Satz 5.6
- Beck, U. 1986. *Risikogesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt
- Pueyo, T. Coronavirus: The Hammer and the Dance. What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time.
- Solomon M. *Making Medical Knowledge*. Oxford University Press, 2015
- Wikipedia 2020 1. https://de.wikipedia.org/wiki/Li_Wenliang (abgerufen 01.08.2020).
- CEBM 19.6.2020. *Global Covid-19 Case Fatality Rates*, <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>
- Gianicolo E, Riccetti N, Blettner M, Karch A: Epidemiological measures in the context of the COVID-19 pandemic. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 336–42. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0336
- CDC 2020: <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson3/section3.html>
- Antes, G. 2020. Die Zahlen sind vollkommen unzuverlässig. Spiegel online? Datum 31.3.2020. www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-die-zahlen-sind-vollkommen-unzuverlaessig-a-7535b78f-ad68-4fa9-9533-06a224cc9250 (abgerufen 01.07.2020).
- Dawood FS, Ricks P, Njie GJ, et al. Dawood FS, Ricks P, Njie GJ, et al.: Observations of the global epidemiology of COVID-19 from the prepandemic period using web-based surveillance: a cross-sectional analysis. *Lancet Infect Dis* 2020; [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30581-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30581-8)
- Greenhalgh, T, Papoutsi, C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine* (2018) 16:95 <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Tretter, F. 2020. A systemic view on the corona crisis. www.bcsss.org/de/2020/a-systemic-view-on-the-corona-crisis-by-bcsss-vicepresident-felix-tretter/ (abgerufen 25.04.2020).
- RKI 2020. Robert Koch-Institut: Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 21.4.2020). *Epid Bull* 2020;17:17 | DOI 10.25646/6811. https://web.archive.org/web/20200423150506/https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?blob=publicationFile
- Schrappe, M. (2020a), Francois-Kettner, H., Gruhl, M., Knieps, F., Pfaff, H., Glaeske, G.: Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 5.4.2020, *Monitor Versorgungsforschung*, online-first, doi: 10.24945/MVF.03.20.1866-0533.2224
- Institut für Statistik, LMU München - Statistisches Beratungslabor. Nowcasting COVID-19; 2020.0002 [Stand: 30.05.2020]. Verfügbar unter: <https://corona.stat.uni-muenchen.de/nowcast/>
- RKI, Robert Koch-Institut 2020. Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 21.4.2020). *Epid Bull* 2020;17:17 | DOI 10.25646/6811;S.14/15ff
- Schrappe, M. (2020b), Francois-Kettner, H., Knieps, F., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Thesenpapier 2.0 zur Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19. Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren. Köln, Berlin, Hamburg, Bremen 3.5.2020, https://www.monitorversorgungsforschung.de/efirst/schrappe-et-al_covid-19-Thesenpapier-2-0
- KVB 2012. Ethik versus Monetik https://www.aekbv.de/images/stories/KBVWahl2012/evm_wahlprogramm.pdf
- Tretter, F. 1989. Systemtheorie und Medizin *Deutsches Arzteblatt* 43, 3198 – 3209
- Vester, F. 2001. Die Kunst, vernetzt zu denken. Ideen und Werkzeuge für den Umgang mit Komplexität. 15. Auflage. München: dtv.
- Tretter, F. 1996 Wissenschaftstheorie – Umweltmedizin: Beschreibungen sind derzeit wichtiger als Erklärungen. *Dtsch Arztebl* 1996; 93(34-35): A-2136 / B-1812 / C-1704
- Bunge M. 1998 *Philosophy of Science*....
- Worldometers 2020: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Medizinische Universität Innsbruck (2020): Ischgl-Studie: 42,4 Prozent sind Antikörperpositiv. <https://www.i-med.ac.at/mypoint/news/746359.html>
- CEBM 19.6.2020. *Global Covid-19 Case Fatality Rates*; <https://www.cebm.net/covid-19/global-covid-19-case-fatality-rates/>
- Rajgor, D.D., Lee, M.H., Archuleta, S, Bagdasarian, N., Quek, S.C. The many estimates of the COVID-19 case fatality rate. [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30244-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30244-9/fulltext) DOI [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30244-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30244-9)
- RKI 2020. Robert Koch-Institut: Erfassung der SARS-CoV-2-Testzahlen in Deutschland (Update vom 21.4.2020). *Epid Bull* 2020;17:17 | DOI 10.25646/6811. https://web.archive.org/web/20200423150506/https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?__blob=publicationFile
- Epstein JM, Parker J, Cummings D, Hammond RA (2008) Coupled Contagion Dynamics of Fear and Disease: Mathematical and Computational Explorations. *PLOS ONE* 3(12): e3955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003955>
- ORF: Neuer Rekord – 571.477 Menschen im April ohne Arbeit. <https://orf.at/stories/3164303/>
- https://info.gesundheitsministerium.at/dashboard_GenTod.html?l=de
- (Tiroler Tageszeitung, 30.3.2020. Prognose von Experten: Deutlich strengere Maßnahmen in Österreich notwendig. <https://www.tt.com/artikel/30726040/prognose-vonexperten-deutlich-stroengere-massnahmen-in-oessterreich-notwendig>
- <https://www.worldometers.info/coronavirus/>