

BERLINER ÄRZTE

07/2017 54. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

»Gsundhät isch dr Zuestand,
wemm mä gsund isch,
das häisst, wenn's äim
körperlig und gäistig guet goot
und mä kä Chranket het.«

FRIBURGERISCHER VOLKSMUND

Der Deutsche Ärztetag
schaute **2017 aus Freiburg** ins Land.

Ein ausführlicher Bericht
in dieser Ausgabe.

Warum Evidenzbasierte Medizin immer wichtiger wird



Foto: privat

Prof. Dr. med. Ingrid Mühlhauser
ist stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM).

Die Evidenzbasierte Medizin (EbM) erhebt den Anspruch, medizinische Entscheidungen zu individuellen Patientenproblemen auf die beste verfügbare Evidenz zu gründen und dabei die Präferenzen des einzelnen Patienten zu berücksichtigen. Das rapide anwachsende medizinische Wissen und die legitimierte Ansprüche der Patienten auf eine informierte Beteiligung an der Auswahl der Behandlungsverfahren zählen aktuell zu den großen Herausforderungen bei der Umsetzung von EbM in die ärztliche Praxis.

Ist die Evidenzbasis nicht verlässlich, stützen wir unsere Entscheidungen auf ein brüchiges Fundament. Die EbM hat wegweisend zu einer erheblichen Verbesserung der wissenschaftlichen Methoden beigetragen. Dennoch bestehen immer noch schwerwiegende Defizite in der Qualität von Grundlagenforschung, klinischen Studien und sogenannten Anwendungsbeobachtungen. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben der EbM, auch zukünftig die Generierung, Bewertung und Anwendung von Evidenz kritisch zu analysieren und die Optimierung der Methoden zu forcieren.

Weiterhin sind große Anstrengungen nötig, um das umfangreiche medizinische Wissen zu sortieren, verständlich aufzubereiten und laufend zu aktualisieren. Die Evidenz zu spezifischen Fragestellungen, einschließlich der bestehenden Unsicherheiten, muss sowohl für Ärzte als auch Patienten in nutzbarer Form aus vertrauenswürdigen Quellen einfach abrufbar und anwendbar sein. Cochrane Reviews oder

die Bewertung neuer Verfahren durch das IQWiG sind Meilensteine auf diesem Weg. [Hinweis: Mitglieder des DNEbM haben freien Zugriff auf die Cochrane Datenbank.]

Auch Medizinische Leitlinien stellen im Vergleich zu den traditionellen Informationsquellen wie etwa Lehrbücher eine deutliche Verbesserung dar. Sie müssen jedoch weiter entwickelt werden, um den Anforderungen der EbM gerecht zu werden. Der Begriff der EbM wird häufig missbraucht. Allzu oft schmücken sich Leitlinien oder andere Handlungsanweisungen mit dem Label EbM, selbst wenn sie wesentliche Ansprüche der EbM nicht erfüllen. Leitlinien sind keine Kochbücher und können es auch nicht sein. Es bleibt ureigene Aufgabe des behandelnden Arztes, die Indikation für den jeweiligen Patienten zu prüfen. Ist eine bestimmte Leitlinienempfehlung beim betroffenen Patienten mit seinen spezifischen Begleiterkrankungen und Lebensbedingungen überhaupt indiziert und ggf. unter welchen Voraussetzungen?

Das DNEbM hat kürzlich eine Arbeitsgruppe gegründet, um die Weiterentwicklung der Leitlinien im Sinne der EbM zu unterstützen. Leitlinien in ihrer jetzigen Form nennen meist nur einen einzigen Behandlungsweg, oft mit starkem Empfehlungsgrad. Für viele medizinische Entscheidungen gibt es jedoch

mehrere durch Evidenz gesicherte Optionen. Sie unterscheiden sich im Nutzen-Schaden Verhältnis und der Umsetzbarkeit. Nicht jede Maßnahme ist bei jedem Patienten anwendbar, nützlich oder sinnvoll. Manche Patienten könnten eine eventuell geringere wirksame, jedoch auch weniger belastende Therapie bevorzugen. Zukünftig sollten Leitlinien daher zumindest für besonders relevante Entscheidungssituationen die Evidenz vollständig zur Verfügung stellen. Dazu gehören verständliche Angaben zur Beurteilung der Prognose ohne medizinischen Eingriff, sowie Wahrscheinlichkeiten für den Behandlungserfolg und die Risiken aller evidenzbasierter Optionen. Entscheidungshilfen müssen für die Patienten bereitgestellt werden. Zur Entwicklung solcher Informationsmaterialien hat das DNEbM die Gute Praxis Gesundheitsinformation und eine Leitlinie erstellt.

Patienten erwarten zunehmend von ihren Ärzten umfassend informiert und an Entscheidungen beteiligt zu werden. Kompetenzen in EbM sind dafür unverzichtbar. Zu einer spezifischen Fragestellung muss der Arzt selbst den Faktencheck machen können. Ansonsten bleiben Ärzte und Patienten fremdbestimmt.

Wir freuen uns daher sehr, dass BERLINER ÄRZTE ab dieser Ausgabe alle zwei Monate die Kolumne des DNEbM veröffentlicht.

Ingrid Mühlhauser

Weitere Informationen:
www.ebm-netzwerk.de

Harrisons Innere Medizin – das Meisterlehrbuch in neuem Gewand

Seit Jahrzehnten ist es das Standardlehrbuch für alle Ärzte. Harrisons Innere Medizin begleitet Medizinstudenten durchs Studium und dient sowohl Fachärzten als auch Experten als wertvolles Nachschlagewerk. Er ist somit unbestritten das meist gelesene Buch in der Humanmedizin und gilt weltweit als die „Bibel“ der internistischen Erkrankungen.

Nun ist die mittlerweile 19. Auflage veröffentlicht und sie ist fortschrittlicher, ausführlicher als je zuvor mit Liebe zum Detail. Schon rein äußerlich macht der ABW Verlag deutlich: Hier kommt etwas Besonderes, denn erstmals erscheint Harrisons Innere Medizin in einer optisch ansprechenden Hülle. Weg von den vornehmen Grautönen, hin zu den beliebten blau-weißen Thieme-Farben.

Das vierbändige Werk mit über 4.500 Seiten umreißt die komplette Innere Medizin. Abgerundet wird der Buchinhalt durch mehr als 130 digitale Kapitel und 150 Videos, die online verfügbar sind. Über 300 Experten unter Federführung der Berliner Charité-Professoren Norbert Suttrop, Martin Möckel, Britta Siegmund und Manfred Dietel haben Dank ihres Engagements erneut eine deutsche Auflage ermöglicht. Das Werk stellt nicht nur eine bloße Übersetzung der amerikanischen Version dar, sondern deren grundlegende Überarbeitung und Ergänzung nach europäischen Leitlinien. So enthält die deutsche Ausgabe zum Beispiel die Kapitel „Leichenschau“, „DRG's“ und „seltene Erkrankungen“, die in der amerikanischen nicht zu finden sind. Nahezu komplett neu für den deutschsprachigen Raum umgeschrieben sind die Kapitel „Internistische Erkrankungen in der Schwangerschaft“ und „Hautveränderungen“.

Was zeichnet Harrisons Innere Medizin aus und macht ihn damit zur legendären

Fachlektüre? Tiefgründig und nach dem aktuellsten Wissensstand werden die Teilgebiete der Inneren Medizin nicht nur beschrieben, sondern auch verständlich erklärt. Dem beliebten klinischen Algorithmus folgend, werden die einzelnen Krankheitsbilder von den molekularen und pathophysiologischen Grundlagen bis zu den neuesten diagnostischen Verfahren und Therapieformen systematisch und evidenzbasiert vermittelt. Darüber hinaus wird fachübergreifendes Wissen aus anderen Fachgebieten der Medizin wie Neurologie, Urologie und Dermatologie integriert, was für ein interdisziplinäres differentialdiagnostisches Vorgehen unerlässlich ist. Harrisons Innere Medizin vermittelt somit genau die Kenntnisse, die im praktischen Arbeitsalltag eines Mediziners unabdingbar sind – das „Rund-um-Paket“ für jeden Arzt.

Durch die enge Kooperation mit dem Thieme-Verlag steht jedem Leser ein kostenloser Zugang zu einer digitalen Wissensplattform offen. Dort finden sich über 130 elektronische Kapitel, versehen mit zusätzlichen multimedialen Elementen, wie Bilderatlanten, Videos, Tabellen, Diagrammen sowie laufenden Updates zu den bestehenden Kapiteln. Diese elektronischen Kapitel sind in der Buchausgabe mit einem Symbol gekennzeichnet. Besonders hervorzuheben sind hierbei die digitale Darstellung der invasiven und nicht-invasiven Bildgebung sowie der interventionellen Therapieverfahren in der Kardiologie. Nicht unerwähnt bleiben sollte die Tatsache, dass die Kooperation zwischen den beiden Verlagen es ermöglicht hat, seit geraumer Zeit auch einen Online-Harrison zur Verfügung zu stellen, der als eHarrison bezeichnet wird. Davon werden Campus-Lizenzen an Universitätsklinik, Bibliotheken und anderweitig angeboten. Zusätzlich gibt es dann



den gesamten Harrison auch als eHarrison für Privatlizenzen, die auf sämtlichen Endgeräten laufen. Diese elektronische Version des großen Werkes hat den Vorteil, dass hier über die Laufzeit der Auflage immer wieder Updates eingefügt werden. Die ersten sind bereits jetzt für diese Neuauflage elektronisch verfügbar.

Die neue Ausgabe von Harrisons Innere Medizin widmet sich in besonderer Weise auch den aktuellen Herausforderungen, denen sich Mediziner durch weltweit gestiegenen Handel, Tourismus und Migration stellen müssen. Das betrifft insbesondere seltene Infektionserkrankungen, wie zum Beispiel EHEC, Zika und Ebola, die in den vergangenen Jahren für Schlagzeilen sorgten und immer häufiger auch in den Fokus deutscher Ärzte rücken.

Zwar passt der Harrison keineswegs in die Kitteltasche und doch ist er unentbehrlich im klinischen Alltag, denn er lässt kaum eine medizinische Frage unbeantwortet. Und so ist es wohl nicht zu viel des Lobs, ihn getrost als Meisterwerk zu bezeichnen.

Dr. Mina Stoyanova
Harrisons Innere Medizin
ABW Wissenschaftsverlag
19. Auflage
ISBN 978-3-940615-50-3
Preis: 289,95 Euro



TITELTHEMA



Die Rückkehr zur Sachlichkeit

Bericht vom 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg

GASTKOMMENTAR

Warum Evidenzbasierte Medizin wichtig ist

Von Ingrid Mühlhauser.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Finanzierung der Telematik-Infrastruktur..... 29

Darüber müssen wir reden...

Bericht von der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V

Von Barbara Hoffmann und Christa Markl-Vieto Estrada.....33

FORTBILDUNG

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin..... 26

Von Sascha Rudat..... 14

Tipps um auf dem Laufenden zu bleiben – Empfehlungen des DNEbM..... 30

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall 35

PERSONALIEN

In Gedenken an Gerhard Gaedicke..... 36

Zum 80. Geburtstag von Maria Birnbaum..... 37

In Memoriam Manfred Dückert..... 37

REZENSION

Harrisons Innere Medizin – das Meisterlehrbuch in neuem Gewand..... 4

FEUILLETON

Schreiben als Selbstbehauptung im Angesicht von Krankheit, Sterben und Tod

Von Ulrike Hempel..... 38



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



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

Vom medizinischen „can do“ hin zu „mehr Arzt und weniger Medizin“ für das individuell Sinnvolle.

Die Ärztekammer Berlin veranstaltet zum sechsten Mal in Folge und in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am

**23. September 2017,
9.00 – 17.00 Uhr**

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

mer die Möglichkeit, eigene Fragen mit den Referenten und Teilnehmern zu besprechen. Dialog ist uns wichtig.

Die Medizin ist heute leistungsfähiger als jemals zuvor. Umso drängender stellt sich die Frage, ob alles diagnostisch und therapeutisch Machbare auch für den einzelnen Patienten sinnvoll und wünschenswert ist. Überdiagnose liegt beispielsweise dann vor, wenn Menschen ohne Symptome eine Diagnose für eine Krankheit erhalten, durch die ihnen kein Schaden droht. Gleichzeitig müssen sie mit den Folgen dieser teilweise bedrohlichen Diagnose umgehen. So entsteht letztlich mehr Schaden als Nutzen. Eine andere Form der Überdiagnose findet statt, wenn Definitionen von Krankheiten ausgeweitet werden und Menschen mit eigentlich gesundheitlich unbedenklichen Problemen plötzlich zu Kranken werden – mit allen damit für sie verbundenen negativen Folgen.

Der Kongress will unter verschiedenen Gesichtspunkten die Frage beleuchten, wie Ärzte gemeinsam mit ihren Patienten zu Entscheidungen kommen, die zu einer optimalen, individuellen Behandlungsqualität führen.

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

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

„Sauberes Wissen“ als Leitthema

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

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

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

Das ausführliche Programm erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin:

www.aerztekammer-berlin.de/FB-Kongress2017

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

Charité

Feierliche Zertifikatsübergabe beim Clinician Scientist-Programm



Die Absolventen des Programms und die Gastredner der Festveranstaltung.

Quelle: stefan-zeitz.de

Zu einer feierlichen Zertifikatsübergabe hatte das Berlin Institute of Health (BIH) am Abend des 14. Juni 2017 eingeladen. In den letzten Monaten hatten die ersten Programmteilnehmer das BIH Charité (Junior) Clinician Scientist-Programm beendet. Mit den Absolventen des Pilotprogramms kamen an diesem Abend so rund 30 Programmteilnehmer zusammen, die ihr Zertifikat entgegennahmen. Darunter war auch das Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin, PD Dr. Peter Bobbert. Die Kammer gehört zu den aktiven Unterstützern dieses Programms, das 2011 an den Start gegangen ist und biomedizinische Forschung mit klinischer Arbeit verbindet. Die Ärztekammer Berlin hat dabei die Voraussetzungen geschaffen, das Programm in die Weiterbildungsordnung zu integrieren, so dass die entsprechende Anerkennung von Forschungszei-

ten möglich ist. Dabei ist das Programm für alle Fachdisziplinen geöffnet. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz betonte in seiner

Veranstaltung

Rede vor den Absolventen, dass „die Ärztekammer Berlin die erste und bislang einzige Ärztekammer in Deutschland ist, die ein solches

Programm – gemeinsam mit dem BIH und der Charité – in die Tat umgesetzt hat. Wo Berlin ist, ist vorn“.

Er zeigte sich überzeugt, dass andere Landesärztekammern folgen würden. Ziel des Programms sei es zunächst, die Weiterbildung aufwerten. Medizin sei Wissenschaft und Handlungspraxis zugleich. „Sie werden nie aufhören zu lernen und je eher und je früher sie es verstanden haben, wissenschaftliche „fake news“ von relevanten Aussagen zu unterscheiden, umso besser für die Patientenversorgung“, sagte er in Richtung der Programmteilnehmer.

In einer der nächsten Ausgaben werden Sie mehr zu dem Programm lesen können. *srd*

Weitere Informationen:
www.bihealth.org

Arbeiten in Deutschland Eine Einführung für ausländische Ärztinnen/Ärzte in das deutsche Gesundheitssystem am Dienstag, 19. September 2017 in Potsdam

Ausländische Ärztinnen und Ärzte werden in Deutschland gebraucht und leisten einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der hiesigen Bevölkerung. Um ihnen den Einstieg in die Berufstätigkeit in Deutschland zu erleichtern, führt der Marburger Bund eine Veranstaltung durch, bei der die Teilnehmer verständliche und praxisnahe Informationen über das Gesundheitssystem erhalten, die sowohl für ihre ärztliche Tätigkeit als auch ihre Karriereplanung wichtig sind. Als Ärztegewerkschaft ist es dem Marburger Bund ein besonderes Anliegen, dass ausländische Ärzte zu denselben Arbeitsbedingungen in Deutschland tätig sind wie einheimische Ärzte mit vergleichbarer Qualifikation. Der Zeitplan ist so bemessen, dass neben den einzelnen Vorträgen Raum für Fragen aus dem Publikum bleibt.

Veranstaltungsort: Villa Ernst von Bergmann, Berlinerstraße 62, 14467 Potsdam

Veranstalter: Marburger-Bund-Stiftung, Reinhardtstraße 36, 10117 Berlin
seminare@marburger-bund.de | Tel. 030-746846-28

Zielgruppe: Ausländische Ärztinnen und Ärzte mit guten Deutschkenntnissen.

Zertifizierung: Die Veranstaltung wird bei der Ärztekammer Brandenburg zur Zertifizierung eingereicht.

Teilnahmegebühr: Die Teilnahme ist kostenlos, eine vorherige Anmeldung ist jedoch erforderlich.

Anmeldung: bitte online unter www.marburger-bund.de/seminare

Leitlinie

Leitlinie Unipolare Depression: Kurzfassung erschienen

Die Kurzfassung der kombinierten S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression ist erschienen. Sie kann über die Internetseiten des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) kostenlos abgerufen werden.

Ende 2015 war die aktualisierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression veröffentlicht worden. Nun steht auch die Kurzfassung der Leitlinie zur Verfügung. Sie bietet einen schnellen Überblick über die Empfehlungen und Algorithmen zu Diagnostik und Therapie unipolarer Depressionen und ergänzt das Angebot an Formaten für Fachkreise und Patienten:

- Kurzfassung
- Langfassung (in der HTML-Version von der Empfehlung über die Rationale zur Evidenz navigierbar)
- PatientenLeitlinie
- Kurzinformationen für Patienten in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch
 - Einfach nur traurig – oder depressiv?
 - Depression – eine Information für Angehörige und Freunde
 - Ein Baby – Traurigkeit statt Glücksgefühle

Depressionen gehören zu den wichtigsten Volkskrankheiten. Betroffene können häufig über längere Zeit ihrer Arbeit nicht mehr nachgehen oder werden vollständig erwerbsunfähig. Deshalb ist es wichtig, die Versorgung

der Patienten stetig zu verbessern und genau zu beschreiben, was ihnen helfen kann – und welche Medikamente oder Behandlungsformen vermutlich keinen Nutzen haben. Die kombinierte S3-Leitlinie/NVL fasst den aktuellen Wissensstand zu unipolaren Depressionen zusammen. Basierend auf den Erkenntnissen aus Forschung und Versorgung sprechen Experten aus 28 Fachgesellschaften und Organisationen Empfehlungen aus: zur Untersuchung und Behandlung depressiver Patienten sowie zur Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen wie z. B. Hausärzte, Psychiater und Psychotherapeuten. Dabei werden auch besondere Situationen erörtert, z. B. Depressionen nach der Entbindung oder in den Wechseljahren, Depressionen bei gleichzeitig vorliegenden anderen Erkrankungen wie beispielsweise Krebs oder der Umgang mit suizidgefährdeten Patienten.

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Qualitätsförderung in der Medizin. Für NVL gilt eine strenge Methodik gemäß den Prinzipien evidenzbasierter Medizin. Die multidisziplinären Expertengremien arbeiten wissenschaftlich und redaktionell unabhängig.

Neuerscheinung

Vittoria Braun, Ronald Burian, Albert Diefenbacher (Hrsg): „Arzt-Patienten-Gespräche bei stressassoziierten Erkrankungen“



Vittoria Braun und ihre Co-Autoren haben es unternommen, ein praxisorientiertes Buch zu konzipieren zur Gesprächsführung in der Allgemeinmedizin (und nicht nur dort) mit solchen Patienten, die in (Dis-)stresssituationen gefangen sind, diese aber zunächst nur über die Symptome an ihrem Körper wahrnehmen. In dieser für die Allgemeinmedizin

typischen Situation gilt es einmal red flags nicht zu übersehen, diese Symptome an- und ernst zu nehmen und doch die Erwartung an Untersuchungsergebnisse zu relativieren. Zum anderen gilt es aber den Shift zu bewerkstelligen, die Patienten weg von der bloßen Schilderung der Symptome zu bringen und sie auch die hinter dem Beratungsanlass liegenden belastenden oder überlastenden Momente (= Stressoren) schildern zu lassen. Schon dies bringt ja eine gewisse Selbst-Erkenntnis mit sich. Dann erst können auch die Wichtigkeit und Bedeutung dieser Belastungen für die Patienten erfragt werden, eigene Vorstellungen von Veränderungsmöglichkeiten und auch ihre Motivation oder Ängste, diese anzugehen.

Das Buch gibt mit vielen typischen konkreten Gesprächsfallbeispielen Einblick in Möglichkeiten und Grenzen einer ärztlichen Gesprächsführung, die sich nicht nur an einer Psychopathologie ausrichtet, wie z.B. Depression, sondern die bewusst Aspekte der Salutogenese nach Antonovsky mit aufgreift. So haben Patienten eine Chance, nicht nur im System weitergereicht oder hingehalten zu werden, sondern mit Unterstützung des Arztes selbstwirksam Schritte in eine weniger belastende Zukunft zu finden und zu unternehmen. Nicht zufällig sind in mehreren Kapiteln Hinweise auf die Motivierende Gesprächstechnik von Miller und Rollnik, die dem Arzt hilft, empathisch kognitiv hemmende und fördernde Momente zu erfragen und bewusst zu machen – aber bei Beharren des Patienten in der Pathologie auch keine ärztlichen Impotenzgefühle aufkommen lässt.

Den theoretischen Hintergrund gibt das Buch in kurzen einleitenden Kapiteln und in seinen Literaturangaben, die außerdem oben genannten die wichtigsten betreffenden Leitlinien der AWMF und der DEGAM enthalten. Das Buch ist praxisnahe. Es ist erhellend und unanstrengend zu lesen. In Aus- und Weiterbildung sollte es im Hinblick auf die psychosomatische Grundversorgung unbedingt einen herausgehobenen Platz finden.

Professor Dr. Gernot Lorenz

AWMF legt Empfehlungen zur Zusammenarbeit von wissenschaftlicher Medizin und Industrie vor



Studien, Leitlinien, Kongresse: Medizinisch-wissenschaftlicher Fortschritt und Diskurs finden häufig im Austausch mit der Industrie statt. Bei ihrem aktuellen Berliner Forum am 18. Mai 2017 machte die AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) zum zweiten Mal in Folge die Kooperation von forschenden Unternehmen und wissenschaftlicher Medizin zum Thema. Bei diesem Treffen standen die Empfehlungen der AWMF im Umgang mit Interessenkonflikten im Mittelpunkt.

„Die Kooperation zwischen wissenschaftlicher Medizin und Industrie ist unverzichtbar für den medizinischen Fortschritt, doch es muss exakt definiert sein, wie diese Kooperation erfolgen kann, damit sekundäre Interessen nicht die primären Interessen überlagern“, betonte Professor Dr. med. Rolf Kreienberg, Präsident der AWMF. Primäres Interesse muss

immer das Wohl des Patienten und die Verbesserung seiner Versorgung sein.

Das gilt für Studien ebenso wie für die Ausarbeitung von Leitlinien oder die Ausrichtung von Kongressen und Tagungen. Sekundäre – beispielsweise wirtschaftliche – Interessen dürfen dieses oberste Ziel nicht beeinträchtigen. Das ist bei der Zusammenarbeit zwischen gemeinnützigen Fachgesellschaften und wirtschaftlich orientierten Unternehmen der Pharma- und Medizinprodukteindustrie besonders zu beachten.

Klare Regeln sind daher bei der Entwicklung von Leitlinien, der Ausrichtung von Fachkongressen oder Studien notwendig. Für diese Bereiche hat die AWMF jetzt ihre 2010 erstmals erstellten Empfehlungen aktualisiert. Darin beschreibt sie, wie mit den „Interessen“ umzugehen ist, die potenziell geeignet sind, die eigene Urteilskraft und Unabhängigkeit zu beeinflussen.

Eine wichtige Gegenmaßnahme ist, dass wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften ebenso wie die Industrie Kooperationen offenlegen und darüber Bericht



Professor Dr. med. Rolf Kreienberg

erstatten. Dafür hat die AWMF ein strukturiertes Vorgehen entwickelt, das alle Beteiligten übernehmen können. Alleingänge der Industrie lehnt die AWMF ab.

Sowohl für die Dokumentation von Sekundärinteressen bei Studien und Leitlinien als auch für die Zusammenarbeit auf Kongressen und Tagungen legt die AWMF jetzt Vorlagen, ein einheitliches Deklarationsformat, vor. „Nur durch ein einheitliches Format, das alle anwenden können, lässt sich verlässlich Transparenz

schaffen“, betont Professor Dr. med. Claudia Spies, die gemeinsam mit Dr. jur. Albrecht Wienke die Ad hoc-Kommission der AWMF zu diesem Thema leitet.

So sollten bei Kongressen und Tagungen sowohl die veranstaltende Fachgesellschaft als auch die Industrie deklarieren, welche Geld- oder Sachspenden, Sponsorungskosten, Honorare, Tagungs- oder Teilnehmergebühren von wem an wen und in welcher Höhe gezahlt werden. Zahlungen an die für die Organisation und Durchführung der Veranstaltung beauftragten Professional Congress Organizer (PCO) sollen ebenfalls ausgewiesen werden.

Die AWMF weist außerdem darauf hin, dass Interessenkonflikte nicht nur in der Zusammenarbeit mit der Industrie entstehen können. Auch die Anforderungen von Universitäten an Wissenschaftler erzeugen zum Teil sekundäre Interessen, wenn es darum geht, Drittmittel einzuwerben oder in impact-starken Fachzeitschriften zu publizieren, um die wissenschaftliche Karriere voranzutreiben.

Berliner Ärzteversorgung für nachhaltige Kapitalanlagestrategie mit DivestmentAward ausgezeichnet



Ehrung für die Berliner Ärzteversorgung (v.l.): Christoph Meyer (Fossil Free Berlin), Helmut Mälzer (Vorsitzender BÄV-Verwaltungsausschuss), Marion Reichardt (Fossil Free Berlin), Dr. Günther Jonitz (Präsident der Ärztekammer Berlin), Dr. Matthias Albrecht (Vorsitzender BÄV-Aufsichtsausschuss)

Das Versorgungswerk der Berliner Ärztinnen und Ärzte, die Berliner Ärzteversorgung (BÄV), ist am 15. Juni 2017 für seine nachhaltige Kapitalanlagestrategie mit dem BerlinDivestmentAward der Organisation Fossil Free Berlin ausgezeichnet worden. Die BÄV gehört damit zu den ersten Preisträgern, die als „Klima-Finanzvorreiter“ dafür geehrt werden, dass sie aktiv Divestment betreiben. Divestment bedeutet den bewussten Abzug des Kapitalanlagevermögens aus Unternehmen, die ihre Gewinne mit fossilen Brennstoffen (Kohle, Gas, Öl) erwirtschaften. Christoph Meyer von Fossil Free Berlin begründete die Verleihung des Awards an die BÄV in den

Räumen der Ärztekammer Berlin damit, dass die Berliner Ärzteversorgung ihren Mitgliedern und der heranwachsenden Generation gegenüber verantwortlich handelt, indem sie im ersten Schritt die Investitionen in die Kohleverbrennung weitgehend zurückgezogen hat. „Daher sehen wir die Berliner Ärzteversorgung bei der Umschichtung von Finanzen aus der fossilen Energieerzeugung – gemeinsam mit der evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz sowie dem Land Berlin – als Vorreiter nicht nur in Berlin, sondern in Europa“, fügte Meyer hinzu. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz,

erklärte: „Als Ärztinnen und Ärzte üben wir einen Beruf mit hoher sozialer Verantwortung aus. Ausgehend von der Maxime ‚Eigentum verpflichtet‘ erwarten wir von der Geldanlage für unsere Renten das Gleiche. Die Berliner Ärzteversorgung hat seit über zehn Jahren bewiesen, dass sich eine erfolgreiche, renditeorientierte Anlagestrategie und Kriterien der Nachhaltigkeit nicht ausschließen, sondern sogar zusammengehören. Wir freuen uns, dass inzwischen zahlreiche Pensionsfonds unserem Beispiel gefolgt sind. Der Gesetzgeber ist eingeladen, die Nachhaltigkeit von Geldanlagen zu unterstützen.“

Der Vorsitzende des BÄV-Aufsichtsausschusses, Dr. med. Matthias Albrecht, ergänzte: „Als kapitalgedeckte und langfristige Altersversorgung müssen wir schon aus Prinzip auf Nachhaltigkeit setzen. Sterbende, unrentable Anlageklassen sind nicht zukunftsfähig.“ Der Vorsitzende des BÄV-Verwaltungsausschusses, Helmut Mälzer, fügte hinzu: „Die Berliner Ärzteversorgung arbeitet

ohne staatliche Hilfe. Aber durch einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Anlagekapital können wir auch heute noch den jungen Ärztinnen und Ärzten eine gute Aussicht auf eine bessere Rente als bei der Deutschen Rente Bund bieten.“

In einem ersten Schritt werden bei der BÄV seit Anfang dieses Jahres Aktien von Unternehmen aus der Kapitalanlage ausgeschlossen, die mehr als 25% ihres Umsatzes aus der Kohlegewinnung (Mining) generieren bzw. deren Stromerzeugungskapazität zu mehr als 25% auf Kohle basieren. Diese Divestments umfassen einen Bestand von 40 Unternehmen bzw. ca. 1% der gesamten Aktienbestände der BÄV, was erfreulicherweise bezogen auf den Gesamtbestand ein eher geringer Anteil ist. Die Analyse der Bestände erfolgt in Zukunft weitergehend regelmäßig, um hier nachschärfen zu können, zum Beispiel durch den Einbezug weiterer CO₂-kritischer Energieträger wie Erdöl und Erdgas. Unterstützt wird die BÄV hierbei durch ihren mandatierten Nachhaltigkeitsmanager, der BMO Global Asset Management, um eine möglichst zielgenaue Entscheidung bzgl. etwaiger Divestments vornehmen zu können. Bereits 2006 unterzog die BÄV als erstes berufsständisches Versorgungswerk Deutschlands ihr Aktienfondsvermögen internationalen Standards der Nachhaltigkeit. Seitdem werden die globalen Aktienbestände der BÄV permanent nach ethischen, sozialen und umweltpolitischen Gesichtspunkten und den Kriterien der „guten Unternehmensführung“ (Corporate Governance) durchleuchtet.

Weitere Informationen zur BÄV unter: www.vw-baev.de
 Weitere Informationen zu Fossil Free Berlin: <http://fossilfreeberlin.org/>

Zum 80. Geburtstag von Hubert Martin

Hubert Martin wurde in Dessau am 21. Mai 1937 als Sohn eines Flugzeugingenieurs geboren. Mit 14 Jahren erfolgte dann bei der Lehre in der Baumschule, ein erster Kontakt mit Grundlagen der Transplantationstechnik und dem Zuschnitt (hier an Bäumen). Als Medizinstudent an der Humboldt-Universität zu Berlin lernte er Prof. Kettler, den damaligen Leiter des Instituts für Pathologie der Charité kennen, ein großartiger Lehrer, der ihn in seinen Bann zog, auch wenn er eigentlich eine klinische Facharztausbildung anstreben wollte. Nach Abschluss der Promotion 1968, die auf dem Obduktionsgut des Institutes fußte, hielt ihn die Pathologie dann Stück für Stück fest, ganz nach dem Grundsatz wie ihn schon viele Pathologen vor ihm durchlebt haben: „Man wird nicht Pathologe, sondern man bleibt es.“ 1972 konnte er nach der Facharztprüfung die Leitung der Abteilung für Neuropathologie an der Cha-

rité besetzten und da in der DDR jeder Facharztkandidat für Pathologie 3 Monate Neuropathologie absolvieren musste, wurden viele spätere Kollegen so durch ihn mit Neuropathologie vertraut gemacht, da seine exzellente Abteilung weit und breit die einzige war. 1989, mit der Wende, kam es zu großen Veränderungen auch am Institut für Pathologie der Charité. Er wurde auf einmal kommissarischer Direktor. Aber aufgrund der damit verbundenen Entfernung zur Arbeit als klinischer Pathologe, die ihm aber immer am Herzen lag, nahm er 1992 die Gelegenheit wahr, die Leitung der Pathologie des Oskar-Zietzen-Krankenhauses zu übernehmen. Als dann im Unfallkrankenhaus Marzahn der Chefposten der Pathologie frei wurde, übernahm er auch diesen kommissarisch. Der erste Satz in seiner Abschiedsrede 2006 war: „Ruhestand, das ist ein Wort, welches in meinem Wörterbuch nicht richtig Platz findet.“ Und es



führte ihn zurück in die Neuropathologie der Charité. Seine forensisch-histologischen Demonstrationen haben einen herausragenden Stellenwert in unserer Ausbildung und sind ein Blick über den eher neuropathologisch fokussierten Horizont. Auch in der neuropathologischen Routinediagnostik gibt es immer wieder sogenannte „Martin-Fälle“, für deren Lösung und wertvolle Einschätzung als (Neuro-)Pathologe wir dankbar sind. Und durch

seine Liebe zu den „Berliner histologischen Kolloquien“, die er mitgegründet und lange Zeit organisiert hat, werden wir regelmäßig mit interessanten Fällen von Berliner Pathologen herausgefordert.

Wir wünschen Hubert Martin alles Gute, weiterhin beste Gesundheit und eine fröhliche Zusammenarbeit für die kommenden Jahre.

Professor Dr. Werner Stenzel

Seminar

Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen

Irren ist menschlich – doch wissen wir mit dieser Erkenntnis schon, wie man mit Fehlern umgehen soll? Bei vielen Ärztinnen und Ärzten besteht eine große Unsicherheit in Bezug auf rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern: Darf ich mit meinem Patienten darüber

sprechen? Was muss man dabei berücksichtigen? Wie kann oder muss ich das in Praxis oder Klinik dokumentieren? Was rät mir meine Haftpflichtversicherung und ist diese vielleicht gefährdet?

Wie kann man eigentlich Fehler und Risiken am besten vermeiden? Was bedeutet überhaupt Fehlermanagement in Klinik und Praxis? Darf oder soll ich auch mit den Kollegen aus anderen Berufsgruppen über Fehler sprechen und wenn ja, wie am besten?

All diese Fragen sollen in dieser interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung angesprochen und beantwortet werden. Wichtigstes Lernziel ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern zu kennen und einsetzen zu können. Zudem sollen Ärztinnen und Ärzte im Falle eines Behandlungsfehlers oder beim Vorwurf eines solchen sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik) beitragen können.

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

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

TERMINE:

Selbstlernphase:
6 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten
zwischen 01.11. – 05.12.2017

Präsenztage:
Mittwoch, 06.12.2017, (14:00 – 19:15 Uhr)
Freitag, 08.12.2017, (09:00 – 16:30 Uhr)
Samstag, 09.12.2017, (09:00 – 16:00 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402,
E-Mail: E.Hoehne@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 30 Personen begrenzt.)

Teilnehmerentgelt: 450 Euro
CME-Punkte: 35



Gesundheitspolitik

Ärztekammer Berlin: Geforderte Meldepflicht schadet Patientensicherheit

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) hat am 30. Mai 2017 in Berlin seine jährliche Behandlungsfehlerstatistik vorgestellt. Danach ist die Zahl der festgestellten Behandlungsfehler gegenüber dem Vorjahr leicht gesunken. Diesen positiven Trend verbindet der MDS nun mit der Forderung nach einer Meldepflicht für Behandlungsfehler. Durch diese Meldepflicht würde die Sicherheitskultur in Kliniken und Praxen erhöht, so die Schlussfolgerung des MDS.

„Das Gegenteil ist der Fall! Fehlerprävention lässt sich nicht anordnen. Fehler lassen sich prospektiv nur dann minimieren, wenn die Beteiligten sich aktiv, in einem angstfreien Klima einbringen und gemeinsam Lösungen umsetzen können“, erklärte Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer.

Die Forderung nach einer Meldepflicht zeige, dass der MDS die Thematik nicht verstanden

habe. „Mit einer Meldepflicht gegen Dunkelziffern angehen zu wollen, ist grotesk und würde einen klaren Rückschritt in der Entwicklung von Patientensicherheit und Sicherheitskultur in Deutschland bedeuten“, so Jonitz weiter.

Die großen Erfolge im Bereich Patientensicherheit in Deutschland seien auf eben diese konstruktiven Werte zurückzuführen. „Die beispielhafte Arbeit von freiwilligen Initiativen wie das Aktionsbündnis Patientensicherheit, CIRS-Medi-

cal oder CIRS-Berlin haben gezeigt, dass dies der richtige Weg ist“, erklärte Jonitz. Zwangsmaßnahmen wie eine Meldepflicht für Behandlungsfehler oder unerwünschte Ereignisse – womöglich verbunden mit Sanktionen – führen genau in die entgegengesetzte Richtung. Ziel führender sei hingegen ein konstruktiver und lösungsorientierter Dialog aller Beteiligten, zu dem der MDS mit seinen vorhandenen internen Daten und Erkenntnissen entscheidend beitragen könne, betonte Jonitz.

Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte – Fortbildungsangebote und Prüfungstermine

4. Kurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ (NäPa) startet im September 2017

Die Ärztekammer Berlin führt ab dem 4. September 2017 einen weiteren Fortbildungskurs nach dem Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ durch. Der Kurs entspricht den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Öffnung einzelner Kursangebote aus dem Kurs „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

Es ist beabsichtigt, einzelne Kursangebote der Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ ab September auch für Interessenten zu öffnen, die nicht an der gesamten curricularen Fortbildung teilnehmen möchten. Dies betrifft z. B. die Themen Telemedizinische Grundlagen und Wundmanagement.

Lernerfolgskontrolle „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ für VERAH®-Absolventen

Für Personen, die über die Qualifikation „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) verfügen, und darüber hinaus nach Art und Umfang theoretische und praktische Fortbildungen gemäß der zwischen der Bundesärztekammer und dem Deutschen Hausärzteverband/Institut für hausärztliche Fortbildung im Januar 2014 getroffenen Festlegung (Anpassungsfortbildung) absolviert haben, bietet die Ärztekammer Berlin am 20. September 2017 eine Lernerfolgskontrolle an (Änderung vorbehalten – Anmeldeformulare unter aerztekammer@ae kb.de). Nach dem Bestehen der Lernerfolgskontrolle erteilt die Ärztekammer Berlin ein Zertifikat.

Auffrischung „Notfallmanagement“ für NäPa-Absolventen 2015/2016

Nach der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung ist der im Rahmen der Fortbildung „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ absolvierte Kurs „Notfallmanagement“ im Umfang von 20 Stunden von den Fortbildungsteilnehmern alle drei Jahre zu wiederholen. Die entsprechenden Notfall-Auffrischungskurse der Ärztekammer Berlin für NäPa-Absolventen sollen ab 2018 stattfinden.

Auffrischung „Notfallmanagement“ für NäPa-Absolventen 2015/2016

Die Ärztekammer Berlin bietet zudem Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sicher kommunizieren - erfolgreich motivieren“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen an. Die Veranstaltungen umfassen jeweils 8 Stunden und richten sich auch an Absolventen anderer medizinischer Fachberufe oder anderer Gesundheitsberufe sowie Personen, die über hinreichende Berufserfahrung verfügen.

Veranstaltung	Termine	Kursentgelt	Anmeldefrist
Professionell und zielgerichtet telefonieren	14.09.2017	80,00 €	14.08.2017
Kommunikation mit Kindern	19.10.2017	80,00 €	19.09.2017
Kommunikation mit älteren Menschen und Menschen mit demenziellem Syndrom	09.11.2017	80,00 €	09.10.2017

Weitere Informationen sowie Anmeldeformulare zu den genannten Fortbildungsangeboten finden Sie auf unserer Homepage (www.aerztekammer-berlin.de). Gerne beraten wir Sie auch unter der Telefonnummer 030 /40 80 6 – 26 36.



Freiburg: DIE RÜCKKEHR ZUR Bericht vom 120. Deutschen Ärztetag SACHLICHKEIT

Nachdem der Deutsche Ärztetag im Vorjahr unter Hochspannung gestanden hatte, waren die Vorzeichen für den diesjährigen Ärztetag in Freiburg wesentlich entspannter. Zwar stand das umstrittene Thema Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wieder auf der Tagesordnung, aber kaum jemand rechnete mehr mit einem grundlegenden Kurswechsel. Das hatte der Verhandlungsführer der Bundesärztekammer, Klaus Reinhardt, bereits in der außerplanmäßigen Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 1. März dieses Jahres deutlich gemacht.

Mit großem Interesse erwartet worden waren allerdings die Themen Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Novelle der Musterweiterbildungsordnung. Um letzterem Themenblock ausreichend Raum geben zu können, war der Ablauf des Ärztetages geändert worden. So stand dafür der komplette Freitag zur Verfügung. Der traditionelle Abstimmungsmarathon des Tätigkeitsberichtes zum Ende des Ärztetages war dafür vorverlegt worden, was von vielen Delegierten begrüßt wurde.

Von Sascha Rudat

Wenig Spannung gab es auch bei der Eröffnung im Freiburger Konzerthaus zwischen Bundesärztekammerpräsidenten Frank Ulrich Montgomery und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Zwar befand sich Gröhe wie zu erwarten im Wahlkampfmodus, indem er auf die Vielzahl von in seinem Haus verabschiedeten Gesundheitsgesetzen in der sich dem Ende zu neigenden Legislaturperiode verwies. Alle diese Gesetze seien „Vernetzungsgesetze“, erläuterte Gröhe.

Montgomery rannte mit seiner Ablehnung einer Bürgerversicherung bei Gröhe bekanntermaßen offene Türen ein. „Die Zwangsvereinigung von GKV und PKV wird kein einziges Problem lösen“, zeigte Gröhe sich überzeugt und machte auch deutlich, dass er gerne im nächsten Jahr beim Deutschen Ärztetag in Erfurt wieder dabei sein würde – so der Wähler entsprechend entscheide natürlich. Er werde dann auch alles für eine zügige Umsetzung einer neuen GOÄ tun, versprach Gröhe brav. Montgomery sprach in seiner umfangreichen Rede, die unter der Überschrift „Gerechtigkeit und Verantwortung“ stand, zahlreiche Punkte an, die sich auch

im Leitantrag des BÄK-Vorstandes wiederfanden. Darin wurde ein Erhalt des freiheitlichen Gesundheitswesens gefordert und insbesondere die Therapiefreiheit als Voraussetzung dafür hervorgehoben. Darüber hinaus sollen die Bundesländer für eine gute Patientenversorgung stärker in die Pflicht genommen werden. Dazu gehört dem Antrag zufolge vor allem eine ausreichende Investitionsfinanzierung im stationären Bereich. Gefordert wurde daneben eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken, die durch Mindestpersonalvorgaben für alle Berufsgruppen in der unmittelbaren Patientenversorgung erreicht werden sollen. Diese Maßnahmen müssten aber ausreichend gegenfinanziert werden. Des Weiteren wurden attraktive Bedingungen für die vertragsärztliche Versorgung auf dem Land gefordert. Von Montgomery ebenfalls in seiner Rede angesprochen wurde die im Leitantrag formulierte Kritik an der Novelle des BKA-Gesetzes, wonach „Ärzte Berufsheimnisträger zweiter Klasse“ seien. Der Leitantrag wurde von den Delegierten später mit großer Mehrheit angenommen.

Neu war in diesem Jahr, dass TOP I in die nachfolgenden Abschnitte aufgeteilt wurde: Aussprache zum Leitantrag (Ia),

Allgemeine Aussprache (Ib) und Umsetzung des Beschlusses IV-107 des vorherigen Ärztetages (Ic – dazu später mehr).

Dauerbrenner Notfallversorgung

Umfangreiche Diskussionen gab es unter anderem um die Frage, wie man die Patientenströme in der Notfallversorgung steuern bzw. dafür sorgen kann, dass sich die Rettungsstellen schwerpunktmäßig um die wirklichen Notfälle kümmern können. Ein Antrag, der u.a. vom Berliner Delegierten Peter Bobbert (Marburger Bund) gestellt wurde, forderte die Korrektur der kürzlich eingeführten Abklärungspauschale. Der Antrag wurde an den Vorstand überwiesen. Nicht anfreunden konnten sich die Delegierten mit dem Vorschlag der Berliner Klaus-Peter Spies, Matthias Lohaus, Hans-Detlef Dewitz und Ralph Drochner (alle Allianz Berliner Ärzte), von Patienten, die das Notfallsystem nutzen, eine Gebühr zu verlangen. Der Antrag wurde abgelehnt. Kai Sostmann (Marburger Bund) plädierte in diesem Zusammenhang für eine stärkere Vorab-Information der Patienten, um die Rettungsstellen zu entlasten.





Peter Bobbert: „Seien Sie mutig!“

Mehr Beteiligung für Medizinstudierende

Beteiligungsmöglichkeiten und Mitspracherecht von Studierenden in den Kommissionen zur Umsetzung des Masterplans Medizinstudium 2020 und zur Weiterentwicklung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkataloges (NKLM) wurde in einem Antrag von Peter Bobbert (Marburger Bund) und anderen von der künftigen Bundesregierung gefordert. Dem Antrag stimmten die Delegierten mit großer Mehrheit zu.

Kritischer Blick auf den „Physician Assistant“

Intensiv diskutiert – auch von Berliner Delegierten – wurde das Thema „Physician Assistant“. Dazu hatte der BÄK-Vorstand zusammen mit der KBV ein gleichnamiges Delegationsmodell entwickelt. Der Physician Assistant (PA) ist eine aus dem internationalen Sprachgebrauch entlehnte Bezeichnung für einen hochschulisch qualifizierten Gesundheitsberuf (Bachelorniveau), der vom Arzt delegierte Aufgaben übernimmt. Er soll Ärzte in enger Zusammenarbeit mit diesen unterstützen und entlasten. Julian Veelken (Fraktion Gesundheit) erklärte, dass die Einführung des PA im Krankenhaus insbe-

sondere in der Chirurgie die Weiterbildung massiv beeinflussen werde. Die Zahl der Patientenkontakte werde sich bei den Ärzten in Weiterbildung stark reduzieren, warnte er. Ein Antrag von Julian Veelken und Katharina Thiede (beide Fraktion Gesundheit), der sich mit den möglichen Gefahren durch die Einführung des PA und deren Beseitigung befasste, wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Den Antrag des BÄK-Vorstandes nahmen die Delegierten an. Angenommen wurde auch ein Antrag von Matthias Lohaus (Allianz Berliner Ärzte) und Christian Messer (Hartmannbund), in dem die Substitution ärztlicher Leistungen abgelehnt wurde.

Strategiewechsel gefordert

Mit großer Mehrheit angenommen wurde ein Antrag des Berliner Kammerpräsidenten Günther Jonitz (Marburger Bund), in dem ein grundlegender Strategiewechsel weg vom Wettbewerb im Gesundheitswesen hin zu einer Optimierung der Versorgung gefordert wurde. „Der Treiber im Gesundheitswesen muss das Wohl des Patienten sein“, heißt es dort.

Ein weiterer Antrag unter Beteiligung von Jonitz forderte die Sicherstellung der Beteiligung von jungen Ärztinnen und

Ärzten im Vorstand der Bundesärztekammer. Zudem soll auf Bundesebene ein Arbeitskreis „Junge Kammer“ eingerichtet werden, in den Vertreterinnen und Vertreter der Landesärztekammern entsandt werden sollen. Der Antrag wurde an den Vorstand überwiesen.

Auf große Zustimmung der Delegierten stieß ein Antrag von Jonitz und Bobbert, in dem eine stimmberechtigte Beteiligung der Landesärztekammern an den entstehenden Landesarbeitsgemeinschaften für sektorübergreifende Qualitätssicherung (LAG) gefordert wurde. Der Gesetzgeber soll entsprechende Richtlinien erlassen.

Aktive Berliner

Daneben gab es noch eine ganze Reihe weiterer Anträge unter Berliner Beteiligung. So wurde ein Antrag von Klaus Thierse (Marburger Bund) angenommen, der sich gegen den Direktzugang zu Heilmitteln richtete.

Angenommen wurde ein Antrag von Klaus-Peter Spies (Allianz Berliner Ärzte), der eine Sicherstellung der Versorgung mit Impfstoffen und lebenswichtigen Medikamenten von der Bundesregierung fordert.

Eva Müller-Dannecker und Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit) forderten in einem Antrag den BÄK-Vorstand auf, sich politisch für die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einzusetzen. Initiativen von der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern wurden von Müller-Dannecker auch beim Thema Frauen in ärztlichen Führungspositionen gefordert. Beide Anträge wurden angenommen.

Nicht befassen wollten sich die Delegierten mehrheitlich mit einem Antrag von Veelken, Müller-Dannecker, Thiede und Ellis Huber (alle Fraktion Gesundheit), der den BÄK-Vorstand aufforderte, sich bei der Bundesregierung und den Landesregierungen dafür einzusetzen, dass Abschiebungen von Flüchtlingen nach Afghanistan ausgesetzt werden.

Geheim oder nicht geheim?

Gesondert befassten sich die Delegierten mit dem Bearbeitungsstand eines Beschlusses vom vorherigen Deutschen Ärztetag in Hamburg. Der BÄK-Vorstand war 2016 beauftragt worden, zusammen mit den Landesärztekammern die Satzung und die Geschäftsordnung zu überarbeiten und zu optimieren. Dazu wurde laut BÄK-Juristin Marlies Hübner eine Projektgruppe gebildet, bestehend aus Vorstandsmitgliedern, Hauptgeschäftsführer und Vertretern der Landesärztekammern. Gegenstand der Überarbeitung soll die Klarstellung, Konkretisierung und Ergänzung der bestehenden Vorschriften, nicht hingegen die Schaffung neuer Rechte und Pflichten sein. Die Projektgruppe soll Änderungs- und Ergänzungsvorschläge erarbeiten und konkretisieren. Hierbei sollen die Vorschläge und Prüfaufträge, die über die Landesärztekammern an sie übermittelt werden sollen. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Projektgruppe werden vom Vorstand der Bundesärztekammer ausgewertet und beraten. Anschließend werden die Landesärztekammern im Rahmen eines Konvergenzverfahrens Gelegenheit zur Beratung und Kommentierung der Vorschläge erhalten. Nach der Auswertung der Rückmeldungen und der abschließenden Beratung durch den Vorstand der Bundesärztekammer werden die Vorschläge zur Änderung der Satzung der Bundesärztekammer und der Geschäftsordnung der Deutschen Ärztetage dem Deutschen Ärztetag zur Beschlussfassung vorgelegt. Kleiner Antrag mit großem Aufwand also.

Heftig diskutiert wurde über einen Antrag, der in der Geschäftsordnung des Deutschen Ärztetages eine Ergänzung vorsieht, nach der eine Abstimmung geheim erfolgen muss, wenn mindestens 25 Delegierte dies fordern. Matthias Lohaus erklärte, dass auch eine Minderheit die Möglichkeit haben sollte, eine geheime Abstimmung anzustrengen: „Ein großes Missbrauchspotenzial sehe ich dabei nicht.“ Ähnlich äußerte sich Hans-Detlef Dewitz (beide Allianz Berli-



Ärztetage machen auch Spaß: Der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz.

ner Ärzte): „Das Parlament hat das Recht und die Pflicht, den Vorstand zu kontrollieren.“ Der Antrag wurde schließlich mehrheitlich angenommen.

„Sie sind verpflichtet, die Digitalisierung mitzugestalten“

Eines der großen Themen des diesjährigen Ärztetages war die Digitalisierung im Gesundheitswesen. „Star“ des Ärztetages war Internetexperte Sascha Lobo. Er nahm die Delegierten mit auf eine Reise durch die scheinbar grenzenlosen Möglichkeiten der digitalen Welt. Und er stellte dabei die These auf, dass die Datenbegeisterung der Menschen keine natürliche Grenze kenne. „Mit der richtigen Motivation werden noch die intimsten Daten geteilt“, machte er anhand drastischer Beispiele deutlich. Dass sich die ganze Lebenswelt – und natürlich auch das Gesundheitswesen – durch die immensen Datenströme verändern, wurde sehr deutlich. Dabei wies Lobo den Ärzten eine besondere Rolle beim Umgang mit ihren Patienten zu. „Ärzte müssen eine neue Verantwortlichkeit entwickeln“, zeigte er sich überzeugt. Gleichwohl hielt sich Lobo mit Bewertungen zurück, Technik sei immer ambivalent. Doch sein Appell war eindeutig: „Sie sind verpflichtet, die Digitalisierung mitzugestalten!“

In der anschließenden Diskussion zeigte sich, dass die Vorträge von Lobo – und von der folgenden Rednerin Christiane

Woopen – vielen Delegierten gewisse Aha-Momente beschert haben. Insgesamt wurde die Diskussion wesentlich offener geführt als noch vor einigen Jahren. Peter Bobbert (Marburger Bund) rief den Delegierten zu „Seien Sie mutig!“ und forderte sie auf, sich aktiv einzubringen, weil andernfalls die Entwicklungen an der Ärzteschaft vorbeigingen. Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) plädierte dafür, dass Ärzte bei der Entwicklung und Bewertung von Apps mitwirken sollten. Notwendig seien auch Zertifikate für Apps, um Ärzten und Patienten Orientierung zu bieten. „Wir brauchen digitale Kompetenz“, fügte sie hinzu.



Eva Müller-Dannecker: „Wir brauchen digitale Kompetenz.“



Sascha Lobo nahm die Ärzteschaft beim Thema Digitalisierung in die Pflicht.

Auch beim Thema Fernbehandlungen gab es eine offene Diskussion. Anders als oftmals vermutet, ist die Fernbehandlung keinesfalls durch das ärztliche Berufsrecht generell verboten. Vielmehr ist ein sehr weites Spektrum telemedizinischer Versorgung von Bestandspatienten mit der ärztlichen Berufsordnung vereinbar. Die Delegierten begrüßten die Durchführung von Modellprojekten zur Fernbehandlung und forderten die BÄK auf zu prüfen, ob die (Muster-)Berufsordnung für Ärzte um einen Zusatz ergänzt werden kann, nach dem die Ärztekammern in besonderen Einzelfällen Ausnahmen für definierte Projekte mit wissenschaftlicher Evaluation zulassen können. Dabei müsse aber sichergestellt sein, dass berufsrechtliche Belange nicht beeinträchtigt werden.

GOÄ-Novelle bleibt auf Kurs

Die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) war auf den vergangenen Ärztetagen DAS Thema der innerärztlichen Diskussion. Besonders beim außerordentlichen Deutschen Ärztetag 2016, der unter anderem von der Ärztekammer Berlin angestrengt worden war, gingen die Wogen hoch. Anfang März stand dann der aktuelle BÄK-Verhandlungsführer, Klaus Reinhardt, den Berliner Dele-

gierten in einer außerplanmäßigen Sitzung Rede und Antwort (s. Heft 4/2017). Reinhardt referierte auch in Freiburg wieder ausführlich den Sachstand. Der Leit-antrag wurde mit großer Mehrheit von den Delegierten angenommen. Das Ärz-teparlament forderte die Bundesärztekammer auf, die von den ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eingebrachten Änderungsvorschläge zum Leistungsverzeichnis unter deren Beteiligung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und der Beihilfe abzustimmen. Die Verbände und Fachgesellschaften sollen auch weiterhin in den noch laufenden Bewertungsprozess eingebunden werden. Der Beschluss des Ärztetages sieht außerdem vor, dass ein geeignetes Verfahren zur dauerhaften Beteiligung auch über den Novellierungsprozess hinaus zu Fragen der Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ etabliert werden soll.

Bernd Müller (Allianz Berliner Ärzte) konnte sich hingegen mit seinen Anträgen, die sich gegen die geplante Änderung der Bundesärzteordnung und die Einführung der Gemeinsamen Kommission richteten, nicht durchsetzen. Abgelehnt wurde auch ein Antrag unter Beteiligung von Bernd Müller, Hans-Detlef

Dewitz, Matthias Lohaus, Klaus-Peter Spies und Ralph Drochner (alle Allianz Berliner Ärzte), in dem eine Abstimmung über die fertige GOÄ-Novelle durch den Deutschen Ärztetag erfolgen sollte.

Einen anderen Blick auf die GOÄ warfen Ellis Huber und Julian Veelken (beide Fraktion Gesundheit). So wünschte sich Veelken, dass nur ein Bruchteil der Energie, die in die GOÄ-Novelle gesteckt wurde, für die Begleitung einer möglichen Bürgerversicherung aufgebracht würde. Huber warb dafür, sich eine Zusammenführung von GKV und PKV wertfrei anzuschauen. An den Vorstand überwiesen wurde ein Antrag von Veelken, Huber und Thiede, der forderte, dass die GOÄ-Novelle die Wahl zwischen der Abrechnung nach dem Leistungsverzeichnis und einer exklusiven Zeitabrechnung nach Stunden- und Minutenpauschalen ermöglichen soll.

Weiterbildungsreform kommt voran

Ein weiteres großes Thema in Freiburg war die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO). Dabei zeigten die Berliner Delegierten durch eine Vielzahl von Anträgen und Wortbeiträgen, dass ihnen die Weiterbildung besonders am Herzen liegt. Im Vorfeld des Deutschen Ärztetages hatte es immer wieder Kritik am Novellierungsprozess hin zu einer kompetenzbasierten Weiterbildungsordnung gegeben. Um dem entgegen zu wirken, wurde der vollständige letzte Sitzungstag diesem Tagesordnungspunkt gewidmet.

Dem Ärztetag wurde der 872 Seiten starke sogenannte Abschnitt B der Weiterbildungsordnung vorgelegt. Darin enthalten sind die Facharzt- und Schwerpunktbezeichnungen, zur Verwunderung vieler Kammervertreter jedoch dargestellt in Form eines Logbuches, daher auch 872 statt 120 Seiten (aktueller Umfang Teil B). Logbücher dienen der Dokumentation der Weiterbildung und sind als Satzungstext kaum geeignet. Die Bekanntgabe solch

umfangreicher Satzungstexte in den Amtsblättern der Landesärztekammern würde horrenden Summen verschlingen.

Nachdem das zuständige BÄK-Vorstandsmitglied Franz Bartmann den Sachstand aus seiner Sicht dargestellt hatte, stiegen die Delegierten in eine umfassende Diskussion ein. Gleich zu Beginn stellte Klaus Thierse (Marburger Bund) den Antrag, alle Anträge, mit denen sich die Ständige Konferenz Weiterbildung der Bundesärztekammer noch nicht befassen konnte, gesammelt an den Vorstand zu überweisen, da eine Beurteilung nicht möglich sei. Dem widersprach Katharina Thiede (Fraktion Gesundheit) vehement. Es sei wichtig, die Anträge auf dem Deutschen Ärztetag zu diskutieren und zu beraten.

Klaus Thierse wies nochmals darauf hin, dass das dem Ärztetag vorgelegte Dokument bisher nicht mit den zuständigen Gremien und auch nicht mit den Landesärztekammern abgestimmt werden konnte und offenbar juristisch hochbrisant ist.

In einem Grundsatzbeschluss zur Gesamtnovelle hat der Ärztetag, insofern beschwichtigt von Bartmann, die vorgestellten Rahmenbedingungen der Weiterbildungsinhalte gleichwohl fixiert. Denn erklärtes Ziel der BÄK ist es, die novellierte (Muster-)Weiterbildungsordnung als Gesamtpaket bereits auf dem nächsten Deutschen Ärztetag im Mai 2018 zu verabschieden.

Haushalt auf Grün

Der Haushalt für das kommende Jahr musste auch noch verabschiedet werden. Große Diskussionen blieben in diesem Jahr aus. Für Unmut sorgten bei einigen Delegierten Schäden im Leitungssystem des Gebäudes der Bundesärztekammer am Berliner Tiergarten. Dabei war es vor allem der Umstand, dass diese so spät entdeckt wurden, der für Missfallen sorgte. Ansonsten wurden der BÄK-Vorstand entlastet, der Jahresabschluss genehmigt und der Haushaltsplan verabschiedet – alles einstimmig.



Berliner Delegierte bei der Arbeit.

Fazit

Vom 120. Deutschen Ärztetag gingen vielleicht nicht unbedingt die ganz großen Signale in die Öffentlichkeit hinaus. Doch die Themenauswahl zeigte deutlich in Richtung Zukunft. Insbesondere das Thema Digitalisierung scheint auch in der Ärzteschaft vollends angekommen zu sein. Dabei waren die Diskussionen – wie auch bei den Themen GOÄ und Weiterbildung – von einer

großen Sachlichkeit und dem Ringen nach Lösungen geprägt. Die geänderte Tagesordnung wurde von vielen Delegierten begrüßt – und mit der Befassung der Änderung der Geschäftsordnung gibt es auch Reformansätze, den Deutschen Ärztetag attraktiver zu machen. Nach einigen emotional sehr aufgeladenen Ärztetagen war die Rückkehr zur Sachlichkeit für alle wohltuend. Auch wenn die großen Schlagzeilen ausblieben.



Der 120. DÄT war äußerst bemerkenswert. Das Dauerthema Digitalisierung wurde positiv besetzt. Zur Großbaustelle GOÄ wurde ein Beschluss gefasst, der es der Bundesärztekammer ermöglicht, ihre Arbeiten daran fortzusetzen. Auch die Grundlage für die neue Weiterbildungsordnung wurde beschlossen. Der DÄT macht hier Mustervorgaben. In Berlin werden wir dazu eigene Akzente setzen. Damit sind verschiedene politische Themen zumindest gebahnt.

Dass auch gute Beschlüsse gegen die Ökonomisierung und für einen Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik gefasst wurden, zeigt, dass auch die hohe, grundlegende Politik nicht in Vergessenheit geriet.

Dr. Günther Jonitz (Marburger Bund), Präsident der Ärztekammer Berlin

Stimmen der Berliner Delegierten zum 120. Deutschen Ärztetag



Matthias Albrecht

Dr. Matthias Albrecht

(Marburger Bund)

Die Digitalisierung war dieses Jahr ein großes Thema auf dem Ärztetag. Erfreulicherweise wurde hierzu konstruktiv diskutiert. Dies war in früheren Jahren gänzlich anders, als die verfasste Ärzteschaft dem Thema Digitalisierung überwiegend ablehnend gegenüberstand.

Inzwischen wurde erkannt, dass die Digitalisierung überall Einzug hält – egal, ob man sie gut oder schlecht findet. Es kommt jetzt darauf an, dass wir Ärzte den Prozess aktiv mitgestalten und nicht nur passiv zuschauen (und uns dann über verpasste Chancen ärgern). Viele Beschlüsse des diesjährigen Ärztetages wurden in diesem Sinne der aktiven Gestaltung bei gleichzeitiger kritischer Begleitung gefasst. Dies freut mich sehr, da nun auch die Ärzte sowohl die praktischen als auch berufspolitischen Herausforderungen der digitalen Zukunft angenommen haben.

Julian Veelken

(Fraktion Gesundheit)

Hochsommer in Freiburg! Das Thema der Digitalisierung in der Medizin wurde durch zwei grundsätzliche Referate exzellent beschrieben, wodurch ich nachdenklich zurückblieb, wie sich unser Beruf in Zukunft verändern wird und wie wenig Gestaltungsmöglichkeit wir dabei haben werden.

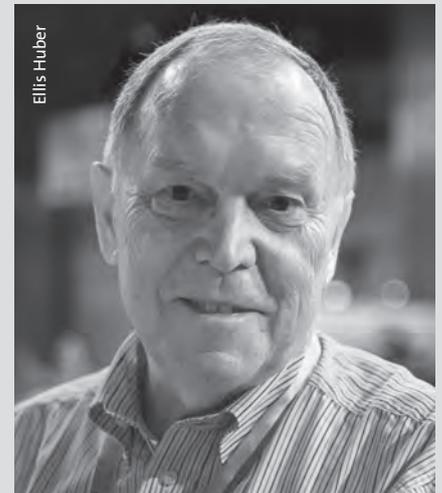
Der Stand der Novelle der Weiterbildungsordnung hat mich enttäuscht, wenn nicht entsetzt. Die über Jahre vertretene Idee der Kompetenzbasierung ist ziemlich unter die Räder gekommen, von einem spiralförmigen Curriculum redet niemand mehr. Richtzahlen sind reduziert, beschreiben aber immer noch – besonders in chirurgischen Fächern – die Facharztreife.

Grundlegende Inhalte wie ärztliche Haltung, Kommunikationsfähigkeit, Verarbeitung von ärztlichen Misserfolgen oder der Umgang mit Fehlern werden nicht in den Inhalten verpflichtend verankert, sondern in allgemeiner Begleitprosa abgehandelt.



Julian Veelken

Einer MBWO wird nicht schon dadurch „kompetenzbasiert“, weil dieses Wort auf jeder Druckseite zweimal vorkommt. Vom Bundesverband des Marburger Bundes wird dieser enttäuschende Entwurf einer MWBO-Novelle zur Abstimmung nächstes Jahr forciert – wenn auch der Berliner MB hierüber teilweise ähnlich sprachlos ist wie ich.



Ellis Huber

Dr. Ellis Huber

(Fraktion Gesundheit)

Ärztetag in Freiburg. Für mich ein besonderes Ereignis. Hier ging ich aufs Gymnasium, hier habe ich studiert. Das Ärzteparlament klatschte laut und nachhaltig dem grünen Sozial- und Gesundheitsminister Manne Lucha Beifall, der vom grünen Ministerpräsidenten Winfried Kretschmann begrüßte, und applaudierte dem grünen Oberbürgermeister Dieter Salomon. Gesundheitsminister Hermann Gröhe war auch freundlich. Die neue Gebührenordnung kommt, wenn wir uns mit der PKV einigen. Mit überwältigender Mehrheit stimmte der Ärztetag der Vorlage des Vorstandes zu und feierte den Verhandlungsführer Klaus Reinhardt. Insgesamt 5.300 Leistungsbeschreibungen

gen mit noch 670 Zuschlägen bei Erschwernissen sind formuliert. Die Freude an diesem Abrechnungsgestrüpp wird in der Praxis schnell vergehen. Mein Antrag, Ärztinnen und Ärzten doch die freie Wahl zwischen der „GOÄneu“ und einer Abrechnung nach Stunden und Minutenpauschalen zu ermöglichen, wurde an den Vorstand überwiesen: zu revolutionär, zu grün war der Vorschlag. Zeithonorare werden sich aber durchsetzen. Die individuelle ärztliche Beziehungsmedizin braucht keine komplexe GOÄ, sondern ein gutes Honorar für die ärztliche Persönlichkeit mit ihrem zeitlichen Einsatz.

heitswesen in direkte Konkurrenz zum Hausarzt und den grundversorgenden Fachärzten treten wird. Man muss sich nur die Kombination dieses neuen Generalisten mit anderen akademischen Heilberufen, wie etwa dem Physician Assistant, vor Augen führen, um einen klaren Blick auf das Ausmaß der geplanten Substitution zu bekommen. Obwohl eindeutige Beschlüsse gegen den psychologischerseits angestrebten neuen Heilberuf vorliegen, musste der BÄK Vorstand selbst nachlegen: das bedeutet, es ist Gefahr in Verzug! Zur Chefsache wollte Montgomery das Substitutionsmodell nicht machen, aber der BÄK-Vorstand wird sich gemeinschaftlich damit befassen müssen. Immerhin hat der DÄT einstimmig das Ansinnen der psychologischen Kammer abgelehnt, zukünftig in der ärztlichen Weiterbildung über die ärztliche Muster-WBO mitbestimmen zu wollen. Danke dafür!!

wesentlichen Zügen die Zustimmung eines Ärztetages erhielt. Der große Wurf ist aus meiner Sicht allerdings nicht gelungen. Der war zum gegenwärtigen Zeitpunkt weder gewollt noch realistisch. Ziel jeder Weiterbildung ist die Erlangung von Kompetenzen. Anträge, die Mindestzeiten für bestimmte Inhalte forderten, wurden konsequenterweise abgelehnt. Aber: Benötigt man für das Erlangen von Kompetenzen nicht auch ausreichend Zeit? Kompetenzen werden von den Weiterbildenden bescheinigt. Wie sichern wir in Zukunft die Belastbarkeit von erteilten Kompetenzen? Das Delegationsmodell des Physician Assistant wurde vom DÄT befürwortet. Wie aber wird verhindert, dass Nachteile für die Weiterbildung unserer Assistenten resultieren? Der 121. DÄT wird kommen. Nutzen wir die verbleibende Zeit!



Christian Messer

Dr. Christian Messer

(Hartmannbund)

Dass in der Politik der Arzt-Substitution mittlerweile offen das Wort geredet wird, hat im Vorfeld des 120. DÄT dann doch hier und da für ein gewisses Aufzucken in der sonst in diesem Punkt bisher eher wenig wachsamem Ärzteschaft geführt. Diese ersten besorgten Reaktionen kommen zu Recht! Wenn auf dem Ärztetag auch der Physician Assistant im Fokus der Aufmerksamkeit lag, dann steht der Gesetzentwurf für das großangelegte Modellprojekt der Arztsubstitution bereits vor der Tür: der psychologischerseits angestrebte neue Heilberuf, der als vollapprobierter Generalist für den psychosozialen Bereich sowie für die gesamte Kommunikation und Koordination im Gesund-

Dr. Raimund Ordyniak

(Marburger Bund)

Der 120. Deutsche Ärztetag ist beendet. Ich war zwei Tage dabei. Die Ergebnisse können sich sehen lassen. Konstruktiv und effektiv, das trifft es am besten, finde ich. Für mich herausragende Themen waren die Neufassung der GOÄ und der Weiterbildungsordnung. Es ist der in hohem Maße gründlichen Arbeit des Ausschusses „Gebührenordnung“ zu danken, dass in diesem Jahr nun endlich die längst überfällige Neufassung in



Raimund Ordyniak



Klaus-Peter Spies

Dr. Klaus-Peter Spies

(Allianz Berliner Ärzte)

Auf diesem DÄT war der TOP Tätigkeitsbericht erstmals von Freitag auf Mittwoch vorgezogen. Dadurch wurden die Themen der allgemeinen Gesundheitspolitik intensiver behandelt als früher, es war jedoch im weiteren Verlauf nicht mehr möglich, Themen einzubringen, die sich im Rahmen der kollegialen Diskussion auf dem DÄT ergaben. Nachdem die GOÄ auf dem letzten DÄT heftig diskutiert wurde, war das Plenum mit den damals eingeleiteten Änderungen zufrieden und gab der

BÄK mit großer Mehrheit Rücken- deckung für die weiteren Verhandlungen. Damit bleibt es bei der Änderung der BÄO und Einführung der GeKo! Selbst unser Antrag zum Ausschluss einer Verlängerung der Übergangsfrist für die Mengenbewertung über 3 Jahre hinaus wurde abgelehnt. Der bisherige Stand der neuen MWBO und die geplanten (!) Ausarbeitungen wurde ebenfalls abgenickt, obwohl wichtige Teile wie Paragraphenteil und Zusatzweiterbildungen noch fehlen. Mein Antrag mit der Aufforderung an die Politik, Lösungen zur Vermeidung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln und Impfstoffen zu finden, wurde jedoch mit großer Mehrheit angenommen und fand Eingang in eine Pressemitteilung der BÄK. Freiburg zeigte sich bei 5 Tagen Sonnenschein mit sommerlichen Temperaturen von seiner besten Seite.



Herbert Menzel

Dr. Herbert Menzel

(Fraktion Gesundheit)

Die Themen des 120. Deutschen Ärztetages versprachen wenig Spannung und kaum Kontroversen.

Der Ablauf zeigte jedoch, dass sich hinter den Überschriften sehr wichtige Weichenstellungen verbargen, die in unaufgeregter und konstruktiver Arbeitsatmosphäre bearbeitet wurden. In konstruktiver Diskussion wurde das Programm bearbeitet und ein großes Pensum bewältigt. Bei schwierigen Themen (GOÄ, Musterweiterbildungsordnung,

eHealth) fand der Ärztetag tragfähige Kompromisse, die die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der deutschen Ärzteschaft unter Beweis stellten und der Politik deutlich machten, dass hier ein wichtiger Verhandlungspartner bereit steht.

Die Forderungen an die Politik hätten in einem Wahljahr deutlicher ausfallen können. Leider wurde in der Eröffnungsrede das sog. Selbstverwaltungsstärkungsgesetz gar nicht mehr erwähnt. In der Wb-Diskussion wurde zwar die Bedeutung des ambulanten Sektors erwähnt, aber nicht deren unerträglich schwierige Umsetzung, besonders in der fachärztlichen Praxis. Dieses Thema gehört dringend auf die Tagesordnung

Dr. Matthias Lohaus

(Allianz Berliner Ärzte)

Der Ärztetag in Freiburg verlief so, wie ich es erwartet hatte. Die Delegierten haben sich mit großer Mehrheit der Linie der BÄK zur Novellierung der GOÄ angeschlossen. Die befürchteten Veränderungen an Bundesärzteordnung und dem sogenannten Paragraphenteil (Einrichtung der Gemeinsamen Kommission, Wegfalls der Steigerungsfaktoren) werden fast unverändert kommen, falls es tatsächlich eine neue GOÄ geben sollte. Die „Leitplanken“, die beim letztjährigen Ärztetag beschlossen wurden, haben fast nichts bewirkt. Das Highlight des Ärztetages war sicherlich der Vortrag von Sascha Lobo zur zukünftigen Ent-



Matthias Lohaus

wicklung der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Seine Forderung, dass die Ärzte diese Entwicklungen mit gestalten müssen und nicht abwehren können, hat mich wie viele Delegierte sehr beeindruckt. Beindruckend war auch, wie durch ein neues Verfahren die Flut der Anträge sehr effizient abgearbeitet werden konnte, so dass der Ärztetag tatsächlich pünktlich endete.



Klaus Thierse

Dr. Klaus Thierse

(Marburger Bund)

DIGITALISIERUNG:

Einen nicht unwesentlichen Teil dieses Tagesordnungspunktes nahm die Diskussion zu Möglichkeiten der Fernbehandlung ein – wir stehen hier am Beginn der Diskussion, was hier möglich/sinnvoll/erlaubt ist im Nutzen der Patientenversorgung.

GOÄ:

Die Negativliste ist weg. Aber individuelle Steigerungsmöglichkeiten wird es nicht geben, sondern nur doppelt oder einfach. Und die GeKo mit Änderung der Bundesärzteordnung scheint ausgemachte Sache. Ihre Zustimmung hat die BÄK aber an ein Weiterbestehen der PKV-Abrechnung gebunden.

WEITERBILDUNG:

Die Zeiten und Definitionen der einzelnen Facharztweiterbildungen wurden beschlossen. Die Trennung ambulant/stationär in den Weiterbildungszeiten wird weitgehend aufgehoben, Befugnisse richten sich im Umfang nach dem angebotenen Spektrum. Für eine Verabschiedung der WbO 2018 fehlt allerdings

noch der Paragraphen-Teil, die Zusatzweiterbildungen und das geplante Extrakapitel der berufsbegleitenden Zusatzweiterbildungen sowie die Inhalte der einzelnen Weiterbildungen --> es bleibt spannend!

Und noch etwas: der DÄT hat sich endlich eindeutig zur Finanzierung der Weiterbildung v.a. im ambulanten Bereich positioniert.

Dr. Peter Bobbert

(Marburger Bund)

Es wurde ja auch Zeit! Dieses Gefühl hatten wohl einige in diesem Jahr auf dem Ärztetag, der sich die Digitalisierung zum Hauptthema nahm. Seit Jahren verändert die Digitalisierung die Medizin und unser Leben und wird unseren ärztlichen Beruf in den nächsten Jahrzehnten in wesentlichen Teilen prägen. Trotzdem waren die Beschlüsse zu dieser Thematik bisher auf Ärztetagen eher von negierender, hemmender und ablehnender Tendenz. Dies änderte sich fundamental in diesem Jahr und war sicherlich eine wichtige Kehrtwende der ärztlichen Berufspolitik. Es war förmlich zu spüren, dass die Brisanz des Themas von jedem erkannt wurde. Auch wurde endlich wahrgenommen, dass die Digitalisierung nicht aufzuhalten ist und dass sie, wenn nicht von uns, von anderen, Medizin fernen Institutionen genutzt wird. Dass diese dann nicht das Wohl des Patienten, sondern finanzielle Aspekte primär im Blick haben, wurde



Peter Bobbert

auf dem Ärztetag einleuchtend präsentiert. Selten wurde auf einem Ärztetag in der Sache so konstruktiv diskutiert, um anschließend eine neue berufspolitische Position zu beziehen: Wir, die Ärzteschaft, wollen bei der Digitalisierung in der Medizin die Gestalter sein, um diese für unseren Beruf, für den Patienten und die Medizin zu nutzen!

Dr. Regine Held, Vizepräsidentin

(Allianz Berliner Ärzte)

Der diesjährige DÄT war insgesamt von Harmonie geprägt.

Bei dem Thema Digitalisierung sind mir die Augen geöffnet worden. Nach dem Vortrag von Sascha Lobo wurde mir klar, es geht nicht nur um die elektronische Patientenakte, sondern auch um die Datenflut der Patienten von Apps udgl., deren Bewertung und Verwendung. Man braucht den digital informierten Arzt, der auch als Berater tätig werden muss.

Die GOÄ wurde leider durchgewunken, nachdem Herr Reinhardt den Delegierten vorher anhand der Anträge vorgegeben hat, wie sie abstimmen sollen. Das war schon sehr skurril. Berlin hat u.a. nochmals vor der Änderung des Paragraphenteils gewarnt und die Begrenzung der Datenstelle auf drei Jahr gefordert, wurde aber nicht mehr erhört.

Unangemessen fand ich, dass es mehrere Redebeiträge über die unzureichend abrechenbare Leichenschau gab. Ich finde diese Position am wenigsten wichtig in ihrer finanziellen Aufwertung. Sie muss vor allem von den Angehörigen der gesetzlich Versicherten gezahlt werden und belastet diese in ihrer unmittelbaren Betroffenheit sehr. Besser wäre, wenn die Ärzteschaft darüber nachdenken würde, dass die Leichenschau wieder eine Kassenleistung wird. Die Entschließungen der Anträge über die sektorenübergreifende Notfallversorgung beinhalten aus meiner Sicht eine Bevorzugung des Krankenhaussektors. Die niedergelassenen Ärzte dürfen sich die ambulante Versorgung nicht aus der Hand nehmen lassen. Wir brauchen keine Portalpraxen, sondern eine Infor-



Regine Held

mations-Kampagne für die Patienten über die Möglichkeiten der Versorgung außerhalb der Rettungsstellen.

Dr. Gabriela Stempor

(Hausärzte in Berlin)

Speziell für uns Hausärzte war dieser Ärztetag ein großer Erfolg.

Der Antrag: „Zukunftsperspektive der hausärztlichen Versorgung“ war ein Signal des Ärztetages: der Hausarzt in seiner zentralen Bedeutung und Gesamtverantwortung mit Delegation zu interprofessionellen Versorgungsteams.

Musterweiterbildungsordnung – Allgemeinmedizin:

24 Monate Weiterbildung und zwar nur in der allgemeinmedizinischen Versorgung – dieser Passus mit z.T. kontroversen Diskussionen, aber: ein zukünftiger



Gabriela Stempor

Facharzt für Allgemeinmedizin muss in einer allgemeinmedizinischen Praxis den Großteil seiner Weiterbildung absolvieren, wie üblich in jeder anderen FA-Ausbildung auch.

In meiner 5-jährigen Weiterbildung sind sämtliche Abschnitte aufoktroiert worden. Ich hätte gern Chirurgie kürzer und ambulant und Orthopädie länger. Diese heutige Musterweiterbildungsordnung gibt den zukünftigen FA für Allgemeinmedizin die Möglichkeit, nach ihren individualisierten Priorisierungen zu gestalten.

GOÄ – Novellierung

Endlich! Nach 1 Jahr Intensivarbeit um das Team Dr. Reinhardt (Allgemeinmediziner) und dem Vorstand der BÄK nach 2.700 Gesprächen mit Berufsverbänden. Jetzt folgt die Preisfindung der 5.300 Positionen mit Beihilfe und PKV, da der Steigerungssatz wegfällt, ein sportlich ambitioniertes Ansinnen bis Ende 2017. Minister Gröhe versprach eine zügige Umsetzung dieser dann konsentierten GOÄ.

Telematik: Begreifen wir die Digitalisierung als weiteren Service für unsere Patienten, z.B. Diagnose-Algorithmen, und nicht als Feind oder Substitution ärztlichen Kompetenz!

Viele Fragen sind noch offen, die die BÄK und der Gesetzgeber noch zu klären haben: Rechtssicherheit, Datenschutz, Finanzierung, möglicherweise Änderung der Berufsordnung. Aber der Weg ist gebahnt!

Dr. Bernd Müller

(Allianz Berliner Ärzte)

Insgesamt verlief der 120. Deutsche Ärztetag in einem ruhigeren Fahrwasser als die vorangegangenen Ärztetage. Der Vorstand der Bundesärztekammer achtete dieses Mal mehr auf die demokratischen Verfahrensweisen.

Zu meinem Bedauern wurde die Weiterentwicklung der neuen GOÄ und die anschließende Vorlage derselben beim Bundesministerium für Gesundheit vom Deutschen Ärztetag mit allen Vollmachten pauschal an den Vorstand der Bundesärztekammer übergeben. Damit



Bernd Müller

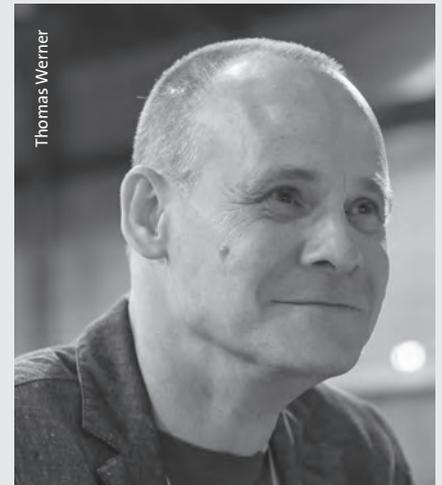
hat der Deutsche Ärztetag als eigentlicher Souverän seine Kontrollfunktion über dieses Kapitel aufgegeben. Die neue Musterweiterbildungsordnung wurde in den vorgelegten Anteilen des Titels, der Gebietsdefinition und der Weiterbildungszeit in den Fachgebieten zustimmend beschieden. In der Frage des geplanten eLogbuches, welches zentralisiert geführt werden soll, konnte dem Vorstand der Bundesärztekammer von uns leider nicht die Einsicht vermittelt werden, dass individuelle Landesrechte zu berücksichtigen sind und somit eine Anpassungsfähigkeit des eLogbuches an die Landesrechte eingepflegt werden muss. Im Weiteren wurde intensiv und inhaltlich gut über die Digitalisierung im medizinischen Bereich diskutiert, deren Entwicklung man aus ärztlicher Sicht natürlich besser selber mit gestalten sollte, bevor unsere ärztliche Tätigkeit durch die Digitalisierung von außen gestaltet wird.

Dr. Thomas Werner

(Marburger Bund)

Ein spannender Ärztetag mit brandaktuellen Themen. Die Notfallversorgung, auch in Berlin längst selbst zum Notfall geworden, bedarf einer grundlegenden Reform aller erforderlichen Strukturen, einschließlich der Finanzierung. Genau richtig daher das Angebot der BÄK, alle Akteure an einen „Runden Tisch“ zu bitten. – Bitte schnell, unter Beteiligung

der Kammern und mit lokalem Sachverstand, denn in unserer Stadt ticken die Uhren anders als in ländlichen Gebieten. Richtungsweisend ist die Forderung, auch für das ärztliche Personal in den Kliniken gesetzlich geregelte Untergrenzen einzuführen und deren Nichteinhaltung zu sanktionieren. Ein wichtiger Baustein, um langfristig Qualitätsstandards halten und die Arbeitsbedingungen in den Kliniken attraktiver gestalten zu können. Mit überraschend klarem Votum wurde die Beibehaltung des Facharztes für Allgemein Chirurgie beschlossen, der nach Auffassung der Fachgesellschaften der zunehmenden Spezialisierung geopfert werden sollte. Meines Erachtens eine weise Entscheidung, welche sowohl Anforderungen und Realität der Versorgung beachtet, als auch den Wunsch und Anspruch vieler junger Kolleginnen und Kollegen nach möglichst fundierter „Basisweiterbildung“ im Gebiet respektiert, ohne die Chancen zu späterer Spezialisierung zu vergeben.



Thomas Werner

Dr. Hans-Detlef Dewitz

(Allianz Berliner Ärzte)

Auf dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg standen wieder kontroverse Themen auf der Tagesordnung.

Muster-WBO:

Wechsel von Weiterbildungsjahren hin zu kompetenzbasierter WBO vorgesehen. Einigkeit, dass Weiterbildungsinhalte zunehmend nur noch ambulant



Hans-Detlef Dewitz

erworben werden können, jedoch Ablehnung über verpflichtende ambulante Weiterbildungszeiten, somit weiterhin ungeklärte Finanzierung für die ambulante fachärztliche Weiterbildung, wie sie in Klinik und für die Allgemeinmedizin existiert.

GOÄ/neu:

Im Vergleich zu Anfang 2016 deutliche Fortschritte zu verzeichnen, viele neue Leistungen aufgenommen, jedoch viele ungeklärte Fragen wie: Monitoring der Kostenentwicklung für 3 Jahre oder länger? Vollständiger Zugriff auf die Datenstelle auch für ärztliche Seite? Geko als Reglementierungsinstrument der Ärzte (s. Berliner Ärzte 04/2017)? Bisher keine Vergütungen ausgehandelt! Keine Abstimmung über das endgültige Verhandlungsergebnis vorgesehen! Digitalisierung im Gesundheitswesen: Sascha Lobos pointierter Vortrag, auch über Apps in denen Patienten alles offenbaren, über Unternehmen die immer bessere Nutzerprofile erstellen können, wünscht daher eine aktive Teilnahme der Ärzteschaft in allen Bereichen zum Schutz der Nutzer und da Patienten zunehmend diese Medien nutzen und dann in den Praxen Dinge erklärt haben wollen!

Katharina Thiede

(Fraktion Gesundheit)

Der 120. Deutsche Ärztetag war für alle, denen die Weiterbildung am Herzen liegt, doch ziemlich enttäuschend. Ich

habe angesichts des aktuellen Standes der Novelle der MWBO nicht den Eindruck, dass dieses eigentlich so groß und auch zeitgemäß gedachte Projekt auf einem guten Weg ist. So wie die Diskussion (nicht) geführt wurde, muss man als Ärztin in Weiterbildung tatsächlich befürchten, dass sich manches verschlechtern wird. Es bedarf daher einer großen Anstrengung auf beiden Seiten (Weiterbilder und Weiterzubildende) um aus der neuen MWBO 2018 etwas Gutes zu machen.

Auch in dem Konzeptpapier zum Physician Assistant sehe ich vor allem für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung viele Gefahren – unsere Bedenken und Vorschläge diesbezüglich wurden auf dem Ärztetag leider auf nicht besonders demokratische Weise beiseitegeschoben. Es wird absolut Zeit, dass mehr Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung die Debatten auf dem Deutschen Ärztetag mitgestalten!



Katharina Thiede

Dr. Eva Müller-Dannecker

(Fraktion Gesundheit)

Bei der Eröffnungsveranstaltung erlebten wir in sympathischer Weise zwei grüne Politiker, nämlich den baden-württembergischen Gesundheitsminister und den Freiburger Oberbürgermeister sowie Gesundheitsminister Gröhe (CDU), der seinen Tatendrang nach fast vierjähriger



Eva Müller-Dannecker

Amtszeit im Gesundheitswesen gern fortführen möchte. Beim ersten TOP Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik wurden erstmalig auch sämtliche Anträge zum Tätigkeitsbericht behandelt. Nicht nur bei den Delegierten löste das Stress aus, sondern auch die Technik kollabierte bei der geballten Antragsflut am ersten Tag. Mit anzuerkennender Souveränität managte Frank Montgomery durch das vorübergehende Chaos. Der Tagesordnungspunkt Digitalisierung war für mich am spannendsten. Der Vortrag von Sascha Lobo, der einen Einblick in bestehende und zukünftige digitalen Entwicklungen auf dem E-Markt gab, sowie der fundierte Beitrag von Frau Prof. Dr. med. Woopen haben gezeigt, dass die Ärzteschaft sich aktiv mitgestaltend einbringen muss. Im Vergleich zu den Vorjahren verlief die Diskussion dieses Mal deutlich aufgeschlossener. Enttäuscht bin ich über den im Internet nachzulesenden Beitrag der Bundesärztekammer zum derzeitigen Stand der Novellierung der Weiterbildung. Von der ursprünglichen Zielsetzung, die Weiterbildung anschlussfähig zu reformierten Medizinstudiengängen kompetenzbasiert und lernzielorientiert zu gestalten, ist nichts mehr zu erkennen.

Insgesamt bietet der Deutsche Ärztetag die erfreuliche Gelegenheit zum fraktionsübergreifenden Austausch der Delegierten.

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
06.09.2017	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/408 06-1209 E-Mail: S.Zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich kein Teilnehmerentgelt	keine
06.09.2017 08.11.2017 29.11.2017	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 27)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203 E-Mail: A.Hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	6 P
14.10.2017 und 18.10.2017	„Wenn Partnerschaft verletzend wird...“ – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Organisation und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. Claudia Schimmel, Pol.M.A. E-Mail: Schimmel@signal-intervention.de Tel: 030/275 95 353	12 P
16.10.–18.10.2017	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
18.10.–20.10.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
21.10.2017	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
Online-Modul: 01.10.–02.11.2017 Präsenz-Modul: 02.11.–04.11.2017	Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen (weitere Informationen s. S. 27)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de	34 P
Selbstlernphase: 01.11.–05.12.2017 Präsenztage: 06.12., 08.12. und 09.12.2017	Der kluge Umgang mit Behandlungsfehlern – Patientensicherheit und arztrechtliche Fragen (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	35 P
17.11.2017	CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger (weitere Informationen s. S. 28)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: 450 €	10 P
23.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz Interventionsradiologie	Deutsches Herzzentrum Berlin Augustenburger Platz 1 13353 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P
24.11.2017	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	9 P

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stundenkurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2017 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 11.09. - 16.09.2017
Präsenzwoche 2: 16.10. - 21.10.2017
Präsenzwoche 3: 04.12. - 09.12.2017
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Informationen und Anmeldung: Tel.: 030/408 06-1402 (Organisation),
Tel.: 030/408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 - 21.15 Uhr
06.09.2017, 08.11.2017 und 29.11.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt (gesamt): 550 €

Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1203; E-Mail: A.Hellert@aekb.de

6. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen
Ärzteschaft

Ist „maximale“ Medizin optimal?

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

Termin: 23.09.2017, 09:00 - 17:00 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

Teilnehmerentgelt: 75 € (Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

100 € (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

Ihre schriftliche Anmeldung senden Sie bitte an: Fortbildungskongress@aekb.de
Die Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit 10 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

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

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

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

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

Online-Modul: 01.10. - 01.11.2017

Präsenz-Modul: 02.11. - 04.11.2017

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das Teilnehmerentgelt beträgt 500 €. Die Zertifizierung der Fortbildung wird bei der Ärztekammer Berlin für die CME-Anerkennung und bei der Registrierung beruflich Pflegender beantragt.

Information und Anmeldung:

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

Berliner Ärzte auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

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

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

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

Termin: 17.11.2017, 9.00 - 16.15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

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

Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfversager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

Termin: 09.12.2017, 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

Information und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1215, Fax: 030/40806-55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Teilnehmerentgelt: 100 €

Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

Finanzierung der Telematik-Infrastruktur

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich zur Erstattungsfähigkeit der Kosten für die Anbindung der vertragsärztlichen Praxen an die Telematik-Infrastruktur geeinigt.

Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses von BERLINER ÄRZTE sind lediglich die Eckpunkte der Erstattungsvereinbarung, die ab dem 1. Juli 2017 gelten soll, bekannt. Im Folgenden geben wir Ihnen einen ersten Überblick:

1. **Konnektor:** Der Konnektor gewährleistet die sichere Anbindung des Praxisverwaltungssystems an die Telematik-Infrastruktur. Er dient dem sicheren und zuverlässigen Transport von Patientendaten sowie deren Speicherung und Bereitstellung. Für den Konnektor werden 2.620 Euro erstattet. **Wichtig!** Dieser Betrag gilt nur für das dritte Quartal 2017. In den drei Folgequartalen (viertes Quartal 2017 bis zweites Quartal 2018) sinkt er um jeweils zehn Prozent, wobei der Zeitpunkt der Installation in der Arztpraxis ausschlaggebend ist.
2. **Stationäres Kartenterminal:** Das stationäre Kartenterminal wird mit dem Praxisverwaltungssystem und dem Konnektor verbunden. Es ermöglicht das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für das Versichererstammdatenmanagement sowie den Zugriff auf die Patientendaten der eGK über den elektronischen Arztausweis (eA). Praxen mit bis zu drei Ärzten erhalten 435 Euro für ein stationäres Kartenterminal. Größere Praxen erhalten eine höhere Erstattung, wenn mehrere Kartenterminals für den Praxisbetrieb erforderlich sind. Die Erstattung ist an die Anschaffung eines Konnektors gebunden.
3. **Mobiles Kartenterminal:** Das mobile Kartenterminal wird unabhängig vom Praxisverwaltungssystem bei Behandlungen außerhalb der Praxisräume betrieben. Es beschränkt sich je nach

Ausbaustufe auf die Funktionen Auslesen und Zwischenspeichern von Patientendaten.

In folgenden Fällen werden 350 Euro für ein mobiles Kartenterminal erstattet:

- a. mindestens halbe Zulassung und drei Haus- bzw. Heimbefuche im Quartal,
 - b. mindestens halbe Zulassung und Teilnahme an einem Kooperationsvertrag zu ambulanten Behandlungen in stationären Pflegeeinrichtungen,
 - c. es wird eine ausgelagerte Praxisstätte betrieben.
4. **Praxiskarte (SMC-B Smartcard):** Die Praxiskarte steckt im stationären Kartenterminal und wird über den Konnektor angesteuert. Sie enthält die Betriebsstättennummer der Praxis und authentisiert diese in der Telematik-Infrastruktur. Des Weiteren ermöglicht sie den sicheren (verschlüsselten) Versand von Nachrichten über den Konnektor. Pro Karte und Quartal werden 23,25 Euro erstattet.
 5. **Elektronischer Arztausweis:** Verschiedene Anwendungen innerhalb der Telematik-Infrastruktur erfordern den Einsatz des eA. So kann ein Arzt nur mit dem eA auf Notfall- oder Medikationsdaten auf der eGK zugreifen. Darüber hinaus ist der eA für die Versendung von elektronischen Arztbriefen oder digitalen Vordrucken für Überweisungen zum Labor (Muster 10 und 10A) bzw. zum radiologischen Telekonsil (Muster 6) erforderlich. Pro Karte und Quartal werden 11,63 Euro erstattet; dies entspricht derzeit etwa der Hälfte des Entgelts, das für den eA an den Zertifizierungsdienste-

anbieter zu zahlen ist. Mit dem Einsatz des eA sind zudem pauschalierte Kostenerstattungen (z. B. für eArztbriefe oder eÜberweisungen) verbunden.

6. **Startpauschale:** Die vorgenannten Komponenten müssen an das Praxisverwaltungssystem angebinden werden und dieses wiederum an die Telematik-Infrastruktur. Dies geschieht durch Einrichtung eines sog. VPN-Zugangsdienstes. Hierbei handelt es sich um einen gesicherten Kanal zur Versendung sensibler Daten. Zudem ist ggf. ein Update der aktuell verwendeten Software notwendig. Für die damit in Verbindung stehenden Anschlusskosten und Praxisausfall werden einmalig 900 Euro gezahlt.
7. **Betriebskosten:** Für die Wartung der Komponenten und ggf. erforderliche Updates wird vom dritten Quartal 2017 bis zum zweiten Quartal 2018 eine Pauschale in Höhe von 298 Euro je Quartal gezahlt. Anschließend reduziert sich die Pauschale auf 248 Euro je Quartal.

Bitte beachten Sie, dass noch nicht alle technischen und finanziellen Details der Vereinbarung feststehen; insbesondere ist noch nicht abschließend geklärt, wann bzw. unter welchen Voraussetzungen die einzelnen Beträge ausbezahlt werden. Zudem wird es bei preislichen Veränderungen der einzelnen technischen Komponenten ggf. zu einer Anpassung der erstattungsfähigen Beträge kommen.

Für die Bestellung und Anbindung der Komponenten 1 – 3 (Konnektor, stationäres & mobiles Kartenterminal) setzen Sie sich bitte mit Ihrem Praxisverwaltungssystemhersteller in Verbindung; für die Praxiskarte (Position 5) wenden Sie sich an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Ihren elektronischen Arztausweis (Position 4) erhalten Sie über die Ärztekammer Berlin. Weitere Informationen zu den Anwendungen des eA sowie zum Antragsprozess finden Sie auf unserer Homepage unter www.aekb.de unter **Ärzte > Mitgliedschaft > eArztausweis** oder über unser Service-Telefon eArztausweis unter der Durchwahl -25 30.

Abteilung 3, Ärztekammer Berlin

Tipps um auf dem Laufenden zu bleiben – Empfehlungen des DNEbM



Von Ulrike Euler im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM – www.ebm-netzwerk.de)

Um Patient*innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung optimale Entscheidungen zu ermöglichen, gehört es zur Aufgabe von Ärzt*innen die derzeit bestverfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu kennen und diese mit Blick auf die spezifischen Bedingungen und Präferenzen der Patient*innen zu prüfen. Die Zeit in der täglichen Praxis ist knapp, die Flut an Informationen groß und welche Erkenntnisse sind zudem verlässlich? Auch Patient*innen recherchieren zunehmend zu Gesundheitsfragen im Internet und stoßen dort auf Information unterschiedlichster Qualität, die zu Fehlinformationen und Missverständnissen führen können. Deshalb ist es wichtig, verlässliche Quellen zu kennen und deren Informationen mit den Patient*innen zu kommunizieren.

Fortbildungsveranstaltungen sind beliebt, da sie kompakt viele Informationen, auch durch persönlichen Fachaustausch, weitergeben können (1). Jedoch ist insbesondere bei gesponserten Veranstaltungen das Risiko für verzerrte Fortbildungsinhalte zugunsten des Sponsors erhöht (2). Größtmögliche Transparenz und Offenlegung von Interessenkonflikten ist hier wichtig (1; 2). Die regelmäßige Lektüre von deutsch- und englischsprachigen Publikationen und deren Prüfung bleibt deshalb unverzichtbar.

Folgende Tipps und Links sind eine Auswahl zu unterschiedlichen Angeboten und Quellen, die Ihnen helfen können, in der täglichen Praxis auf dem Laufenden zu bleiben bzw. die für die gezielte Suche nach zuverlässigen Informationen nützlich sind. Sie dienen vor allem zur schnellen, alltäglichen Orientierung und erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

I. Neue Inhalte verfolgen durch elektronische Benachrichtigungen

Um wichtige neue Informationen und Veröffentlichungen nicht zu verpassen, ist es hilfreich sich per E-Mail (E-Mail-Alerts) oder durch ein Abonnement der Webseite via RSS-Feed, benachrichtigen zu lassen.

1 Kostenfreie Internetangebote

Diese Organisationen/Angebote stellen bereits bewertete wissenschaftliche Erkenntnisse bzw. Informationen zu relevanten neuen Publikationen zur Verfügung:

■ **Cochrane library** <http://www.cochranelibrary.com/>: Umfangreiches Informations- und Lernangebot, z.B.: **Kurzzusammenfassungen von**

Cochrane Reviews: Seit Februar 2013 werden alle Cochrane Reviews (Volltexte) 12 Monate nach ihrer Erstveröffentlichung freigeschaltet. Über die Homepage können verschiedenste RSS-Feeds zu neuen Inhalten abonniert werden. Als Mitglied im DNEbM haben Sie freien Zugang zu allen Volltexten.

Journal Club <http://www.cochrane-journalclub.com/>: Zusammenfassungen von Cochrane Reviews mit u.a. PowerPoint-Folien, Podcasts. Registrierung für E-Mail-Alerts unter jedem beliebigen Artikel für neue Cochrane Journal Club Artikel möglich. Neu: Die **Cochrane Library iPad**

Ausgabe <https://itunes.apple.com/app/id5731814759>. Alle Inhalte der App sind kostenlos und werden automatisch aktualisiert. Über **CochraneApp@wiley.com** Anmeldung zu E-Mail-Alerts.

■ **Cochrane Deutschland** <http://www.cochrane.de>: Über die Homepage RSS-Feed-Abonnement für Cochrane-News möglich.

Wissen was wirkt <http://www.wissenwaswirkt.org/>: Deutschsprachiger Blog von Cochrane. RSS-Feed-Abonnement über diesen Link möglich.

Hier stellen und diskutieren Cochrane Mitarbeiter*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, Erkenntnisse und Methoden der evidenzbasierten Medizin vor.

Cochrane Kompakt <http://www.cochrane.org/de/evidence>: Bietet kostenfrei Zusammenfassungen von neuen und aktualisierten Cochrane Reviews auf Deutsch in leicht verständlicher Sprache an.

■ **EvidenceAlerts**: <https://plus.mcmaster.ca/EvidenceAlerts/>: In Zusammenarbeit von McMaster University Health Information Research Unit mit DynaMed Plus:

Ausgewählte Artikel aus über 120 klinischen Journalen nach einer Vorab-Bewertung auf Qualität durch Wissenschaftler*innen und Einschätzung der klinischen Relevanz durch praktizierende Ärzt*innen. Links zu ausgewählten evidenzbasierten Ressourcen, durchsuchbare Datenbank.

Registrierung für themenspezifische E-Mail-Alerts unter: <https://plus.mcmaster.ca/EvidenceAlerts/Registration.aspx>

■ **Horten-Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer Zürich**: <http://www.evimed.ch/>:

Im Journalclub werden kritische Beurteilungen relevanter Arbeiten aus verschiedenen Zeitschriften veröffentlicht. Zusendung eines monatlichen Newsletters per E-Mail nach Registrierung: <http://www.evimed.ch/newsletter/>.

2 Die fünf großen Journals (Table of Contents Alerts per E-Mail)

Ein kurzes Sichten der Inhaltsverzeichnisse von neuen Ausgaben großer Journals, hilft wichtige neue

Publikationen und Erkenntnisse nicht zu verpassen. Einige Artikel sind oft frei zugänglich. Zur Einordnung und Bewertung neuer Studien hilft ein Blick auf die Webseiten der unter 1. genannten Organisationen, evtl. werden diese dort bereits diskutiert. Die Registrierung erfolgt unter:

- **The BMJ:** <http://myaccount.bmj.com/myaccount/account/hw-registration.html>
- **The Lancet:** <https://secure.jbs.elsevier-health.com/action/registration?redirectUri=http%3A%2F%2Fwww.thelancet.com%2F&journal=&code=lancet-site>
- **The New England Journal of Medicine:** https://cdf.nejm.org/register/reg_multistep.aspx?promo=ONFLNAR3
- **The Journal of the American Medical Association, JAMA:** <http://jamanetwork.com/journals/jama>.
- **Annals of Internal Medicine:** <https://silverchair.emailcampaigns.net/CSB/Public/Form.aspx?fid=1265410>

II. Gezielte Suche nach Informationen

Zur Beantwortung einer Frage in der täglichen Praxis hilft zur schnellen Orientierung eine Suche in Informationsquellen für Zusammenfassungen/bzw. Literaturdatenbanken oder über die Webseiten spezifischer Organisationen/Institutionen weiter.

1 **Kostenfreie Informationsquellen/Literaturdatenbanken**

Für die eigene gezielte Recherche nach Evidenz z.B.:

- **Cochrane library** <http://www.cochranelibrary.com/>: (siehe oben)
- **Trip Database** <http://www.tripdatabase.com>: Klinische Suchmaschine in verschiedenen EbM-Webressourcen zum Auffinden von u.a. Leitlinien, systematischen Reviews.
- **PubMed Health** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/>: Portal der National Library of Medicine zum Auffinden systematischer Reviews zur klinischen Wirksamkeit von medizinischen Interventionen. Führt systematische Reviews verschiedener Organisationen/Institutionen zusammen (u.a. AHRQ, Centre for Reviews and Dissemination/University of York, Cochrane, IQWiG, NICE, NHS).

- **PubMed Clinical Queries** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/clinical/>: Suchmaske von PubMed (MEDLINE-Angebot der National Library of Medicine <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) mit voreingestellten Suchfiltern für die Suche nach systematischen Reviews oder nach Primärstudien zu Fragen der Therapie, Diagnostik, Ätiologie und Prognose.

2 **Arzneimittel**

Auf der Webseite des DNEbM befindet sich eine umfangreiche Linksammlung mit Zugang zu Datenbanken, Journalen, Tutorials und anderen Informationen mit Relevanz für die evidenzbasierte Pharmazie (Pharmaziebibliothek 2.2): <http://www.ebm-netzwerk.de/pharmaziebibliothek/pharmaziebibliothek> Hier nur eine kleine Auswahl zu deutschsprachigen Nutzenbewertungen:

- Nutzenberichte des **Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**: <https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte.1057.html>
- **Arzneimittelbrief** <http://www.der-arzneimittelbrief.de/de/index.aspx>: (Beiträge, die älter als zwei Jahre sind, sind kostenfrei)
- **Arzneitelegramm** <https://www.arzneitelegramm.de/>: (Beiträge, die älter als zwei Jahre sind, sind kostenfrei)

3 **Leitlinien**

Zugang zu kostenfreien nationalen und internationalen Leitlinien:

- **Leitlinien-Informationssystem der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)**: <http://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>
- **National Guideline Clearinghouse (NGC)** <https://www.guideline.gov/>: Angebot der öffentlichen US-amerikanischen Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) mit Links und Zusammenfassungen von Leitlinien.

4 **Gesundheits-/Patient*innen-informationen**

Siehe hierzu auch den Beitrag von Klaus Koch in KVH – Journal 2/2016

„Gute Gesundheitsinformationen - Patienten bei der Orientierung im Dschungel helfen“:

- Gesundheitsinformationen des **Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**: www.gesundheitsinformation.de
- Patient*inneninformationsseiten der **Universität Hamburg, MIN Fakultät, Gesundheitswissenschaften**: <http://www.patienteninformation.de/>
- **IGeL-Monitor**, ein Angebot des **Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)**: <https://www.igel-monitor.de/>
- **Krebsinformationsdienst** des Deutschen Krebsforschungszentrums für Fragen zu Krebserkrankungen: <https://www.krebsinformationsdienst.de/>
- **Patient*innenleitlinien des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, ÄZQ**: <http://www.patienten-information.de/patientenleitlinien>
- **Harding - Zentrum für Risikokompetenz**: <https://www.harding-center.mpg.de/de>

III. Weitere umfangreiche Linksammlungen/Tipps

- **Webseite des DNEbM**: <http://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/links-und-tipps> des Fachbereichs EbM in Klinik und Praxis des DNEbM unter <http://www.ebm-netzwerk.de/was-wir-tun/fachbereiche/ebm-klinik-und-praxis>
- **Webseite des Cochrane Deutschland**: <http://www.cochrane.de>

Korrespondenz:

Dr. Ulrike Euler, MSc
 IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
 Katharina-Heinroth-Ufer 1
 10787 Berlin
 Tel.: +49 30 58 58 26 0
 E-Mail: ulrike.euler@iqtig.org

Literatur:

- (1) Lang B, Zok K. Informationsbedürfnisse und -verhalten von Hausärzten. *WIdO Monitor* 2017;14(1):1-12
- (2) Lieb K, Ludwig W. Arzneimittelkommission will mit gutem Beispiel vorangehen. *Dtsch Arztebl* 2016; 113: A 16–18 (<http://www.aerzteblatt.de/archiv/173491>)

Darüber müssen wir reden...

Bericht von der Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V.

Kommunikation ist ein weites Feld und nicht immer störungsfrei. „Probleme entstehen hauptsächlich, weil das Gedachte nicht immer (richtig) gesagt, das Gesagte nicht immer (richtig) gehört, das Gehörte nicht immer (richtig) verstanden und das Verstandene nicht immer (richtig) umgesetzt wird.“ (Helmut Paula: Patientensicherheit und Risikomanagement in der Pflege. Springer 2017)

Mit diesen Worten eröffnete am 4. Mai Hedwig François-Kettner, die Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS), die sehr gut besuchte zwölfte APS-Jahrestagung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Jahrestagung boten eine vorbildliche Mischung der Berufsgruppen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind. Ärzte, Ärztinnen, Pflegekräfte, Vertreter von Kliniken und anderen Einrichtungen waren neben Patientenvertretern gekommen und sorgten auch in den Workshops – dem Motto der Tagung entsprechend – für spannende, manchmal auch kontroverse und damit interessante interprofessionelle Diskussionen.

Unter dem Motto „Darüber müssen wir reden – Patientensicherheit und Kommunikation“ ging es um einen ganzen Strauß von Kommunikationsthemen: das Gespräch zwischen Arzt und Patient oder Pflegepersonen, Kommunikation innerhalb von Teams, um elektronisch übermittelte Patienteninformationen, um die Analyse von Kommunikationsstörungen und Fehlern auch bei Sprech- und Sprachbarrieren und um das Erlernen der „richtigen“ Kommunikation.

Staatssekretär Lutz Stroppe aus dem Bundesgesundheitsministerium nahm das Thema auf und wies darauf hin, dass sich die Bundesregierung aktuell sehr dafür einsetzt, Kommunikationskompetenzen verstärkt in die Lehrpläne medizinischer und pflegerischer Berufe zu integrieren.

Er begrüßte auch eine weitere nationale Initiative – die durch die Bündelung der existierenden, unterschiedlichen Informationsplattformen (z. B. beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen IQWiG, bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA, uvam.) – gezielt auf die Patienten und die Förderung ihrer Gesundheitskompetenzen abzielt. Die Initiative fördert Fähigkeiten und Fertigkeiten, die entscheidenden Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, um sie dann für ihre persönlichen gesundheitsbezogenen Entscheidungen anzuwenden zu können.

Annegret Hannawa, Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Lugano, Schweiz, betonte in ihrem Vortrag, dass die SICHERE Kommunikation das entscheidende Vehikel für Patientensicherheit sei. Defizite in der Kommunikation gelten als Hauptursache für Schadens- und Todesfälle in der Medizin. Kommunikation müsse gelernt werden, auch um weit verbreitete Fehlannahmen zu durchschauen, etwa, dass Kommunikation nur über Worte funktioniert oder allein das Ziel hätte, Informationen zu übermitteln.

Kommunikation ist im intensiven Alltag der Gesundheitsversorgung auf vielerlei Ebenen eine Herausforderung:

So ging es u. a. in den verschiedenen Workshops um strukturierte Übergabeinstrumente an Schnittstellen zwischen Schichtdiensten, Berufsgruppen,

Fachdisziplinen und Einrichtungen. Für die Übergabe von Patienten und der weiteren Verantwortung für sie sind in den letzten Jahren verschiedene Instrumente entwickelt und im klinischen Kontext evaluiert worden. Strukturierte Übergaben können z.B. nach dem Muster SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) durchgeführt werden. SBAR ist aber nicht einfach eine weitere Checkliste, sondern wird erst durch die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen (beteiligtes Personal, Raum, Zeit etc.) entsprechende Trainings sowie eine adäquate Supervision zu einem Baustein sicherer Kommunikation an Übergängen.

Im Rahmen des Abschlussplenums kamen in der Diskussionsrunde verschiedene Aspekte, die Kommunikation und Sicherheitskultur miteinander verbinden zur Sprache.

Yvonne Lehmann vom Institut für Gesundheit und Pflegewissenschaft der Charité betonte, dass mittlerweile viel ÜBER die Sicherheit der Patienten, aber wenig über ihre Sicherheit MIT ihnen gesprochen wird.

Kyra Schneider vom Universitätsklinikum Frankfurt am Main ging auf die Bedeutung des Dialogs zur Patientensicherheit und Sicherheitskultur ein, der über die Grenzen von Berufsgruppen und Hierarchien stattfinden muss, um Sicherheit überhaupt herstellen zu können.

Michaela Kolbe von der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich machte am Beispiel der Nachbesprechung („De-Briefing“) von Notfallsituationen die Notwendigkeit von Kommunikationsprozessen für Lernvorgänge deutlich. Lernen in Organisationen beruhe im Übrigen auf der Grundannahme, dass alle Mitarbeiter in der Lage und willens sind, sich verbessern zu wollen.

Das nationale Gesundheitsziel „Patientensicherheit“ in Deutschland, vorgestellt von Sonja Barth, Leiterin der Stabsstelle Gesundheitspolitik/Presse-

Fünf Fragen an

Prof. Dr. Tanja Manser und Hedwig François-Kettner

1. Frage: Die APS Tagung im Mai in Berlin war sehr gut besucht. Auffallend war vielleicht, dass sehr viele unterschiedliche Berufsgruppen die Tagung besucht und auch gestaltet haben. Ist diese erlebte Vielfalt typisch für Tagungen im Gesundheitswesen?

Manser: Leider vielfach nicht. Aber das Thema Patientensicherheit vereint die unterschiedlichsten Akteure im Gesundheitswesen und gerade der in der Tagung fokussierte Aspekt der Kommunikation ist sowohl für klinisch Tätige als auch für Personen aus dem Qualitäts- und Risikomanagement oder andere, eher patientenferne Akteure, relevant.

François-Kettner: Wir wünschen uns im APS, dass die vielen Expertisen der Gesundheitsberufe jederzeit der Patientensicherheit zu Gute kommen. Das Format unserer Jahrestagungen ist entsprechend ausgelegt – schön, dass es so erlebt wurde.

2. Frage: Welche Highlights bezüglich des Tagesmotos „Kommunikation – darüber müssen wir reden“ gab es für Sie, die eine nachhaltig positive Resonanz haben könnten?

Manser: Was sich in den letzten Jahren gewandelt hat und aus den verschiedenen Beiträgen zu erkennen war, ist ein Wandel im Umgang mit dem Thema Kommunikation. War es bis vor einigen Jahren noch allein Sache des Einzelnen, wird Kommunikation nun als Systemleistung betrachtet. Das zeigt sich in den innovativen Interventionsansätzen, die ich insgesamt für sehr vielversprechend halte.

François-Kettner: Bei Studienergebnissen, Befragungen oder CIRS-Auswertungen erleben wir die Bedeutung, die Kommunikation nach wie vor für die Patientensicherheit hat. Viele unerwünschte Ereignisse gehen mit Kommunikationsproblemen einher. Es ist deshalb von zen-

traler Bedeutung, diese Erfahrungen zu teilen und mit Empfehlungen, im Dialog und im interdisziplinären Austausch für Änderungen zu sorgen.

3. Frage: Herr Bundesminister Gröhe hat in seinem Vorwort zum Tagungsband geschrieben, dass Ärztinnen und Ärzte die ihren Patienten aufmerksam zuhören, diese zu Partnern im Behandlungsprozess machen. wie sehen Sie z. Z. die Rahmenbedingungen dafür?

Manser: Kommunikation erfordert neben einer Kultur gegenseitigen Respekts vor allem Zeit und eine entsprechende Ausbildung. Kommunikative Kompetenzen sind bislang nicht ausreichend in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe integriert; allerdings sind die Weichen dafür mit dem NKLM gestellt.

François-Kettner: Das Wissen um die Bedeutung fehlt vielfach, Tanja Manser hat das bereits ausgeführt. Der Lernzielkatalog des APS beinhaltet diesen Aspekt. Selbst bei mangelhaften Zeitressourcen ist Kommunikation zentral – dafür muss man sich einfach die Zeit nehmen.

4. Frage: Herr Bundesminister Gröhe hat in seinem Vorwort auch noch betont, dass eine gemeinsame Kraftanstrengung aller am Gesundheitswesen Beteiligten erforderlich ist, um das Ziel zu erreichen, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu erhöhen. Welche Voraussetzungen braucht es für die Ärzte und Pflegepersonal bei zunehmend gesundheitskompetenteren Patienten?

Manser: In vielerlei Hinsicht wünschen sich Ärzte und Pflegekräfte gesundheitskompetente Patientinnen und Patienten, da diese mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen können. Allerdings erfordert positives Aufgreifen von kritischem Patienteninput ein Umdenken und eine Redefinition der jeweiligen Rollen im Versorgungsprozess.

Patienten, die Frage stellen, ziehen nicht zwangsläufig die Kompetenz der Behandler in Zweifel. Konkrete Verhaltensweisen, im Umgang mit solchen Fragen von Patienten, sind ebenfalls Inhalt entsprechende Weiterbildungen.

François-Kettner: In den jeweiligen Ausbildungen, Studiengängen, im Alltag bei Fort- und Weiterbildungen wünschen wir uns die fachlichen Diskurse, um Patientensouveränität zu unterstützen. Das ist sicher ein Prozess, der einige Zeit benötigt. Wichtig ist auch dabei, Wissen, Zeit und vor allem Bereitschaft, diesen Dialog zu fördern und in gegenseitigem Respekt auszubauen.

5. Frage: Die Strukturen im Krankenhaus und in der Gesundheitsversorgung sind vielerorts geprägt und von starken Führungspersönlichkeiten. Welche Rolle hat die Führungsebene beim Thema Kommunikation im Gesundheitswesen?

Manser: Führungspersonen prägen maßgeblich das Klima einer Gesundheitseinrichtung und damit auch das Umfeld für eine offene Kommunikation. Führungsstärke ist also durchaus gewünscht, wenn sie in eine positive Richtung zielt, die Teamarbeit, Patienteneinbezug und gegenseitiges Lernen fördert.

François-Kettner: Führungskräfte sind in großem Maße verantwortlich für den Ausbau von Patientensicherheit wie auch für Mitarbeitersicherheit. Mitarbeiter, die negative Erfahrungen machen, brauchen eine offene Kultur des Reflektierens. Es muss gelingen, dass es keiner Whistleblower bedarf, sondern dass mit wertschätzender Kommunikation und Bekämpfung unangemessener Situationen unsere Arbeitswelt rund um die Patientenversorgung für alle Akteure annehmbar ist und sich Akteure wie Patienten gut fühlen.

und Öffentlichkeitsarbeit der Ärztekammer Berlin, hat sich daher sowohl das Thema Sicherheitskultur, als auch die Förderung der Kompetenzen aller Beteiligten – Mitarbeiter und Patienten – auf die Fahnen geschrieben. Betont wurde dabei vielfach von den Diskussionsteilnehmern, dass dies dringend einhergehen müsse mit der Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, unter denen sicheres Handeln überhaupt nur gewährleistet werden kann.

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH
Christa Markl-Vieto Estrada
Abteilung Fortbildung/
Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin

Preisträger des APS

Der diesjährige Deutsche Preis für Patientensicherheit geht an das Universitätsklinikum Heidelberg: Dort konnte zwischen 2012 und 2015 durch die Einführung einer elektronischen Verordnungssoftware und Schulungen des Personals die Anzahl unverständlicher bzw. fehlerhafter Rezepte von 23% auf 4% reduziert werden. Die Software erkennt bereits bei der Eingabe der Verordnung Unstimmigkeiten und verhindert so, dass der Patient in der Apotheke das falsche Medikament bekommt oder die problematische Verordnung in der Apotheke mit viel Aufwand geprüft werden muss.

Die weiteren Preise gingen an das Hygienekonzept des Kinderpalliativzentrums an der Kinder und Jugendklinik in Datteln und an ein Projekt der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der LMU München, in dem die postoperative und poststationäre Versorgung von Patienten mit Osteoporose nach einer Fraktur verbessert werden konnte. Weitere Informationen finden Sie hier: www.aps-ev.de/Preistraeger/preistraeger-2017

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Entlassung ohne Arztbrief



Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Berichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 31 Berliner und 4 Brandenburger Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu berichten die Kliniken aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System). Diese Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden in anonymisierter Form im Netzwerk CIRS-Berlin gesammelt. Im Anwender-Forum des Netzwerks werden auf Basis der Analyse der Berichte praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen ausgetauscht. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet das folgende Ereignis:

Ein hochbetagter Herr wird wegen eines akut blutenden Geschwürs nach telefonischer Anmeldung bei einem Aufnahmearzt durch den Hausarzt – nach Übersendung wesentlicher internistischer Vorbefunde und Laborhinweise und Bitte um Entfernung dieses und eines weiteren Tumors – in der Notaufnahme an einem unklaren exulzierenden Tumor operiert und nach zwei Tagen ohne Unterlagen und ohne Anruf/Brief entlassen. Der Patient meldet sich selbst, er sei wieder zuhause. Am Folgetag und zwei Tage später erfolgen Verbandswechsel zuhause durch den chirurgisch vorgebildeten Hausarzt. Beim 2. Termin Zeichen der Wundinfektion mit kloakenartigem Geruch der Wunde. Es erfolgt nach Voranmeldung die Re-Einweisung und erneuter Eingriff, offenbar in einer anderen Abteilung. Zwei weitere Tage später wieder Anruf des Patienten: Der Kollege im Krankenhaus habe gesagt, der Verbandswechsel hätte tgl. stattfinden sollen, davon sei die Wundinfektion gekommen. Wieder Entlassung ohne Brief/Anruf des behandelnden Krankenhauses bzw. eines behandelnden Kollegen.

Nach Anruf durch den behandelnden Hausarzt im Chefsekretariat erfolgt am nächsten Tag ein Rückruf durch einen Oberarzt. Dieser informiert über die Abläufe im Krankenhaus, bemängelt, dass der Hausarzt nicht versucht habe, den Kontakt mit dem ersten operierenden

Kollegen telefonisch herzustellen und sichert einen schriftlichen Bericht zu. Einen Tag später Anruf eines Arztes, Information über die Abläufe der Klinik: Man hätte sich bemühen sollen, den operierenden Kollegen ans Telefon zu bekommen. Erneut Zusicherung eines Arztberichtes. Zwei Tage später wird nur die Histologie zugefaxt, weitere Informationen erfolgen nicht.

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

Der Bericht über diese unglückliche Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung wurde vermutlich von einer Ärztin, einem Arzt der ambulanten Versorgung eingegeben, möglicherweise von dem in dem Bericht genannten Hausarzt. Zum Entlassmanagement wurde ein Rahmenvertrag zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart, der die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung gewährleisten soll. Zum 1. Juli 2017 tritt dieser in Kraft. Darin heißt es unter anderem:

„§ 9 – Dokumentation an die weiterbehandelnden Ärzte
(...) Ist zum Zeitpunkt der Entlassung die Mitgabe eines endgültigen Entlassbriefes nicht möglich, muss mindestens ein vorläufiger Entlassbrief ausgestellt werden,

in dem alle getroffenen Maßnahmen und Verordnungen (...) erfasst sind. (...) Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen.“ Am 18. Mai 2017 veröffentlichte die Deutsche Krankenhausgesellschaft „Umsetzungshinweise Entlassmanagement“, die in Zusammenarbeit mit ihren Mitgliedsverbänden erarbeitet wurden. Diese enthalten u. a. eine Checkliste zum Entlassplan und Vorschläge für einen Assessmentbogen. Weitere Informationen unter www.dkgev.de/media/file/49831_Anlage_1_Umsetzungshinweise_Entlassmanagement.pdf.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Bereits bei der Aufnahme eines Patienten sollte die Entlassung vorbereitet werden. D.h. die Entlass-Dokumentation wird ebenso angelegt wie der Entlassbrief, in dem gleich Anamnese und Aufnahmebefund dokumentiert werden können. Auch die zu kodierenden Diagnosen und wesentliche Untersuchungsbefunde können hier bereits festgehalten werden, lange bevor der Patient tatsächlich entlassen wird. Bei längeren Verweildauern des Patienten empfiehlt es sich, auch den Behandlungsverlauf bereits zeitnah im Entlassbrief zu dokumentieren. In einem Haus des Netzwerks werden regelmäßig sogenannte Dokumentationsaudits durchgeführt, in denen auch geprüft wird, ob ein Entlassbrief und wann dieser erstellt wurde. Das regelmäßige Feedback darüber führte zu einer deutlichen Verbesserung im Entlassmanagement der Patienten.

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

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

In Gedenken an Gerhard Gaedicke

Am 6. April 2017 ist Univ.-Prof Dr. med. Gehard Gaedicke, Ordinarius für Kinderheilkunde an der Charité und in Innsbruck, verstorben. Er war vielen bekannt, oft geehrt und unzählige Ärztinnen und Ärzte, junge und alte, werden, wenn sein Name erwähnt wird, sich an diesen liebenswerten Menschen erinnern. Seinen Patienten wird er als der Riese mit dem weichen Herz lebendig bleiben. Dass er mit kranken Kindern umgehen konnte, war ihm scheinbar angeboren, aber das „wie“ war beeindruckend. Bei dieser respektgebietenden Figur, auch noch in weißen Kittel, sollte man eine Angstreaktion des leidenden Kindes vermuten. Weit gefehlt! Die Kinder merkten sofort, dass er zu den Guten gehörte. Er war in der Diktion Otto Heubners nicht „untermässig“, eher übermässig, ein Schrank von einem Mann und ein ganzer Kerl. Dabei sensibel wie ein Kind und geprägt von einem unzerstörbaren Optimismus.

Wenn ich über meinen Freund Gerhard nachdenke, bin ich mir nicht sicher, welche Fähigkeit am meisten hervorgehoben werden müsste. Obwohl ich mehr als 15 Jahre mit ihm Schulter an Schulter zusammen gearbeitet habe, weiß ich nicht, ob seine Güte, seine Arglosigkeit wichtiger war als seine Fähigkeit, Menschen zusammen zu bringen. Vielleicht war es diese Melange, in Österreich geboren und in Hamburg ausgebildet zu sein, die in ihm ein preußisch zu nennendes Pflichtbewusstsein hervor brachte.

Nach Studium und Weiterbildung in Hamburg bei Landbeck und Schäfer ging er nach Ulm und habilitierte dort. Vorher hatte er als DFG-Stipendiat am Max-Planck-Institut in Göttingen das Rüstzeug für wissenschaftliches Arbeiten erworben. Von seiner Chefstelle in Neuburg an der Donau wurde er 1993 auf den Lehrstuhl für Allgemeine Pädiatrie an der Charité berufen. In dieser Zeitspanne, in der die Charité hochschulpoli-

tisch noch als das Experimentierfeld für die deutsche Wiedervereinigung angesehen wurde, war für ihn der Gedanke an ein Zentrum für Kindermedizin eine Forderung der Zukunft. Und dass dieses Gebilde den Namen Otto Heubners tragen sollte, entsprach seiner tiefen Verehrung für den Wegbereiter und Gründungsvater der modernen Kindermedizin. In unruhigem Klima, das geprägt war von Befürchtungen um Verluste durch Fusionen von Fakultäten und Neugestaltung des Medizinstudiums, hielt Gerhard Gaedicke mit der ihm eigenen Zuversicht an seinen Vorstellungen für ein Kinderzentrum und die Neugestaltung des Medizinstudiums fest, unbeirrbar und gegen viele Widerstände. Es dauerte immerhin sechs Jahre, bis das „Otto-Heubner –Centrum für Kinder- und Jugendmedizin“ gegründet wurde. Parallel dazu erwarb sich Gerhard Gaedicke bleibende Verdienste um den Reformstudiengang, den er auch nach seiner Emeritierung ganz im Sinne des verstorbenen spiritus rector Dietrich Scheffner weiter betreute. Es mag wie ein später Dank klingen, wenn vielerorts auch heute noch gesagt wird, dass es nicht die schlechtesten Ärzte sind, die aus dem Reformstudiengang der Charité hervorgingen.

2011 geriet die Kinderklinik in Innsbruck nach Aussagen der eigenen Mannschaft in „unruhiges Fahrwasser“ und der Rektor der Universität Innsbruck, der ehemalige Charité-Ordinarius Herbert Lochs rief den Problemlöser Gerhard



Foto: Herr F. Röhrich

Gaedicke, um die Verhältnisse zu ordnen. Andere hätten unter Berufung auf Alter und Ruhestand höflich gedankt, nicht so Gerhard Gaedicke, der an unerledigten Aufgaben schlecht vorbei gehen konnte. Außerdem lockte ihn die Heimat. Fünf Jahre Zeit gaben ihm Vertrag und Regierung zur Konsolidierung der Innsbrucker Kinderheilkunde. Er hat die Zeit genutzt und die Aufgabe erledigt. Selten ist jemand, der zum Aufräumen bestellt wurde, mit so vielen warmen und lobenden Worten verabschiedet worden. Das Abschiedssymposium im März 2017 sah einen von Krankheit schwer gezeichneten Laureaten, der von allen bestätigt bekam, seine Aufgabe glänzend erfüllt zu haben. Es hätte der Mentalität Gerhard Gaedickes entsprochen, dem Leiden so lange zu widerstehen, bis das Werk vollendet war. Trotzdem waren wir betroffen, dass er sich so bald für immer verabschiedete.

Die deutschsprachige Kinderheilkunde hat einen bedeutenden Vertreter verloren, ich vermisse einen Freund. Anteilnahme und Mitgefühl gelten der Familie Gaedicke. Wir werden den Namen ehren.

Professor Dr. Harald Mau

Zum 80. Geburtstag von Maria Birnbaum



Maria Birnbaum ist 80 Jahre alt geworden – ein guter Grund, dieser verdienstvollen Kollegin unseren allerherzlichsten Glückwunsch zum

Jubiläum zu übermitteln.

Sie gehört zu den Berliner Ärztinnen, die ein Leben lang ganz selbstverständlich deutlich mehr als der Durchschnitt leisteten.

Am 21. Juni 1937 im sächsischen Glauchau geboren, studierte sie zwischen 1955 und 1960 Humanmedizin an der Humboldt-Universität zu Berlin, promovierte schon ein halbes Jahr nach ihrer Approbation mit Summa cum laude und wurde Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologin. Sie

arbeitete an der Charité auf der Station, die 1964 die Hämodialyse entwickelt hatte und nierentransplantierte Patienten ab dem ersten postoperativen Tag versorgte. Nach der Geburt ihrer Tochter führte Maria Birnbaum die nephrologische Dispensaire-Sprechstunde an der medizinischen Poliklinik durch. In den 70er Jahren habilitierte sie zu Hochdruck und Nierenerkrankungen während der Schwangerschaft.

Weitere Horizonte eröffneten sich ihr nach dem Mauerfall. Sie übernahm umfänglich Verantwortung in der Ärztekammer Berlin, wurde Vorsitzende des internistischen Weiterbildungsausschusses, dem sie 18 Jahre vorstand, prüfte eine Vielzahl von Kandidaten in Facharzt-Kolloquien, war langjährig streitbares Mitglied der Delegiertenversammlung und setzte sich auch auf Deutschen Ärztetagen für die

Weiterentwicklung ihres Faches ein. Seit 1998 war Maria Birnbaum Mitglied der Kommission für Organspende von Berlin-Brandenburg, ab 2010 deren Vorsitzende. Die Liste weiterer verantwortungsvoller Funktionen ist noch lang. Man hatte jedoch bei ihr nie das Gefühl, dass ihr die Aufgaben zu viel wurden. Auch in der Lehre war sie an der Charité aktiv, hielt Vorlesungen, betreute Promovenden, publizierte an die 100 Veröffentlichungen und Monographien, hielt rund 200 Vorträge. 2010 erhielt sie für ihre besonderen Verdienste die Georg-Klemperer-Ehrenmedaille der Ärztekammer Berlin. Neben den salutogenen Ressourcen, die sie aus ihrem Beruf schöpfte, freute sie sich an klassischer Musik, Literatur und Sport.

Dass ein so erfülltes Leben lang währt, ist gut. Maria Birnbaum möge uns mit ihrer gelebten unermüdlichen Leistungsbereitschaft, Disziplin und Verlässlichkeit, vor allem aber ihrer ansteckenden Freude am ärztlichen Beruf noch lange ein Vorbild sein.

Professor Dr. Vittoria Braun

In Memoriam Manfred Dückert

Herr MR Dr. sc. med. Manfred Dückert, zuletzt leitender Medizinaldirektor i.R. von Berlin Hellersdorf, verstarb nach langer schwerer Krankheit bereits im Juli 2016 in Berlin.

Geboren am 5. Oktober 1940 in Frankfurt/Oder, verbrachte er die längste Zeit seiner Kindheit in Dederstedt im Mansfelder Land. Nach dem Abitur 1958 in Oranienburg studierte er Humanmedizin an der Humboldt Universität zu Berlin. Es folgte die Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin bis 1970.

Nach erfolgreicher Promotion begann seine außerordentlich vielseitige und prägende Tätigkeit als Hausarzt, später Oberarzt (1975) an der bekannten zentralen Poliklinik Johannistrafé in Berlin. Nach der Wende wurde ihm die Leitung dieser Einrichtung übertragen. Im Herbst 1990 verteidigte er seine Habilitationsschrift. Manfred Dückert gehörte zum kleinen Kreis der Vorkämpfer für die Schaffung ei-

ner wissenschaftlichen Gesellschaft für Allgemeinmedizin. 1970 war er an der Gründung der Berliner Gesellschaft für Allgemeinmedizin aktiv beteiligt, wurde Vorstandsmitglied und ab 1979 deren Vorsitzender. Auf der Grundlage zahlreicher Aktivitäten nahm er Einfluss auf die Entwicklung der Allgemeinmedizin. Nach der Wende übernahm er Aufgaben in der Berliner Ärztekammer, war im allgemeinmedizinischen Prüfungsausschuss, im Weiterbildungs- und im Fortbildungsausschuss tätig. Neben weiteren verantwortungsvollen Funktionen wurde Herr Dückert das Ehrenamt als Richter am Berliner Sozialgericht (1999-2015) übertragen. Eine bedeutsame Aufgabe war der erfolgreiche Aufbau des Gesundheitswesens im Stadtbezirk Berlin-Hellersdorf als leitender Medizinaldirektor im Gesundheitsamt. Außerdem war er medizinischer Mitarbeiter am „Wörterbuch der deutschen Gegenwartssprache“ und langjähri-

ger ehrenamtlicher Theaterarzt und Theaterkritiker.

Über 60 wissenschaftliche Publikationen zeugen von seiner aktiven Arbeit am Werk der Etablierung der Allgemeinmedizin als Wissenschafts-

gebiet. 1989 wurde er mit der höchsten Auszeichnung der Gesellschaft für Allgemeinmedizin, der Ernst Ludwig Heim-Medaille, geehrt. Manfred Dückert war ein Familienmensch, seine Ehefrau Irmgard war stets unterstützend an seiner Seite. Er war ein verlässlicher Freund und Kollege, ein korrekter Vorgesetzter, loyal, traditionsbewusst und heimatverbunden, und er war stets offen für das Neue. Ein Ehrenplatz in der deutschen Allgemeinmedizin sei ihm beschieden.

Professor Dr. Vittoria Braun
OMR Dr. sc. med. Konstantin Kuminek



Schreiben als Selbstbehauptung im Angesicht von Krankheit, Sterben und Tod

Die beiden Bücher mit dem anspruchsvollen Titel: „Krankheit, Sterben und Tod im Leben und Schreiben europäischer Schriftsteller“ sind im Frühjahr bei Königshausen & Neumann erschienen. Die Sammelbände vereinen Beiträge aus den verschiedensten Blickwinkeln auf Grundlage einer im Jahre 2015/2016 an der Humboldt-Universität durchgeführten Ringvorlesung.

Anliegen dieser fachübergreifenden Veranstaltung war es, die literarischen Reflexionen bedeutender europäischer Schriftsteller in der Begegnung und Erfahrung mit Krankheit, Sterben und Tod aufzuzeigen. Dabei standen die künstlerisch-kreative Bearbeitung und die Beziehung zum jeweiligen historischen Umfeld im Fokus, um damit den Veränderungen der zurückliegenden 150 bis 200 Jahre im Umgang mit diesem Thema auf die Spur zu kommen. Geplant von Literaturwissenschaftlern und Medizinerinnen, wurde ein Publikum erreicht, dessen Interesse nicht nur der Literatur- und Kulturwissenschaft gilt. Auch (künftige) Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und ehrenamtliche Hospizhelfer erhielten einen umfassenden Einblick, inwiefern die Konfrontation mit Krankheit, die Angst vor dem Sterben, die dem Tod geltende Trauer bei Schreibenden ein außerordentlich kreatives Potential bewirken kann.

Der Anspruch der nun vorliegenden Bände ist kein systematischer Überblick. Es geht um die Vielheit, die Unterschiedlichkeit, den Mut der Annäherung. Die 28 Texte der beiden Sammelbände sind ein Fundus an Möglichkeiten. Nicht nur von Künstlern und Künstlerinnen wie Heinrich Heine, Johann Wolfgang von Goethe, Honoré de Balzac, Gustave Flaubert, Thomas Mann, Theodor

Fontane, Arthur Schnitzler, Rainer Maria Rilke, Hans Fallada, Rose Ausländer, Ilse Aischinger, Ingeborg Bachmann, Uwe Johnson, Robert Gernhardt, Christoph Schlingensiefel – um nur einige zu nennen – wird der Umgang von Schreiben und Krankheit, Sterben, Tod ersichtlich. Auch die Referentinnen und Referenten der Vorlesungsreihe und der daraus erwachsenen Beiträge zeigen sich in der Art, wie sie sich dem Thema stellen.

Schreiben wird hier als eine Facette der Selbstbehauptung in der Auseinandersetzung mit dem Tod verhandelt. Im Sinne Thomas Bernhards, der in „Der Atem“ schrieb: „Der Weg in den Tod wäre leicht gewesen. Genauso hat der Lebensweg den Vorteil der Selbstbestimmung“. Die Herausgeber Roland Berbig, Richard Faber und H. Christof Müller-Busch erhoffen sich „Neuentdeckungen nicht nur was Autoren und ihre einzelne Werke angeht, sondern auch die unterschiedliche Methoden, Zugriffe und Schreibarten“ der Referentinnen und Referenten aufzeigbar zu machen. Medizinhistorische Forschungsberichte wie etwa über Hans Fallada und Heinrich Heine stehen hier neben literaturwissenschaftlichen Ausführungen wie jenem über Kathrin Schmidts Roman „Du stirbst nicht“. So unterschiedlich die Perspektiven auch sein mögen, gemeinsam ist ihnen, dass sie sich entweder der Werkbiographie eines Schriftstellers, einer Schriftstellerin zuwenden. Oder es werden Krankheiten wie Demenz/Alkoholismus in den Mittelpunkt gestellt.

„Jeder Tag ein Schritt näher zum Tod. Er zeichnet sich ein in unser Tun, besetzt es und bleibt doch unnennbarer Ort. Vor ihm kapituliert die Sprache, obwohl er ihre letzte Herausforderung ist“, heißt es im Vorwort der Herausgeber. Sie haben sich der Herausforderung gestellt, im



Leben und Schreiben europäischer Schriftsteller und Schriftstellerinnen nach der Sprache zu fragen. Nach der Sprache, deren es bedarf, um die Schritte beschreiben zu können, hin zum unnennbaren Ort.

Ulrike Hempel

Über die Herausgeber:

Roland Berbig ist Professor für Neuere deutsche Literatur an der Humboldt-Universität Berlin. Richard Faber ist Professor für Soziologie (der Literatur) an der FU Berlin. Prof. Dr. med. H. Christof Müller-Busch war bis 2008 Leiter der Abteilung für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Palliativmedizin am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin.

Roland Berbig, Richard Faber, H. Christof Müller-Busch (Hrsg.): *Krankheit, Sterben und Tod im Leben und Schreiben europäischer Schriftsteller*. Band 1: Das 18. und 19. Jahrhundert (ISBN 978-3-8260-5739-7), Band 2: Das 20. und 21. Jahrhundert (ISBN 978-3-8260-5892-9), Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2017, Preis pro Band: 39,80 EUR