

ärztin

Zeitschrift des
Deutschen Ärztinnenbundes e.V.



Medizin 4.0 | Digitalisierung
in der Medizin



Inhalt

- 03 **Editorial**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
- 04 **Gastbeitrag**
Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.
Digitalisierung in der Medizin
- 05 **Schwerpunkt Medizin 4.0 | Digitalisierung in der Medizin**
- 06 **Statt einer Einführung**
- 07 **Prof. Dr. theol. Andréa Belliger**
Auf dem Weg zur Meta-Intelligenz?
- 10 **Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp**
Big Data – eine große Chance für die Medizin
- 12 **Im Interview**
Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Digitale Faszination bei Telematik und Telemedizin
- 14 **Dr. med. Silke Haferkamp**
Der weite Weg zur elektronischen Patientenakte
- Aus dem Verband**
- 15 **Dr. med. Tonja Iblher**
Kennen, können und beherrschen – Die neue Weiterbildungsordnung
- 17 **Im Interview**
Dr. med. Barbara Schmeiser
Warum der DÄB Genossin werden möchte
- 18 **Einladung zur Mitgliederversammlung**
Kandidatinnen-Aufruf
- 19 **DÄB-Referentinnen im Städtischen Klinikum München**
Forum 40 plus in Frankfurt am Main
- 20 **DÄB und GID | Statement an das BMG**
- 21 **Wir gratulieren | Regionalgruppe Münster**
Neue Mitglieder
- 22 **Dr. phil. Barbara von Korff Schmising**
Abschied und Willkommen bei der Silbernen Feder
- 23 **Für Sie gelesen**
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Jörg Blech – Gene sind kein Schicksal
- 24 **Dr. med. Gudrun Günther**
Aus dem MWIA-Newsletter Dezember 2016

ÄRZTIN

Offizielles Organ
des Deutschen Ärztinnenbundes
ISSN 0341-2458

Herausgeber:

Deutscher Ärztinnenbund e. V.
Präsidentin: Dr. med. Christiane Groß, M.A.
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Redaktion und V.i.S.d.P.:

Gundel Köbke
Pressereferentin des Deutschen
Ärztinnenbundes
E-Mail: presse@aerztinnenbund.de

Redaktionsausschuss:

Dr. med. Christiane Groß, M.A.
Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk
Dr. med. Barbara Schmeiser

Geschäftsstelle des DÄB

Rhinstraße 84, 12681 Berlin
Tel.: 030 54 70 86 35
Fax: 030 54 70 86 36
E-Mail: gsdaeb@aerztinnenbund.de

Wir bitten alle Mitglieder, uns ihre aktuelle Mailadresse mitzuteilen

Grafikdesign:

d'sign, Anne-Claire Martin
Mommensenstr. 70, 10629 Berlin,
Tel.: 030 883 94 95
E-Mail: anneclaire.martin@berlin.de

Druck:

DBM Druckhaus Berlin-Mitte GmbH
Wilhelm-Kabus-Straße 21-35, 10829 Berlin

Die Zeitschrift erscheint dreimal pro Jahr
Heftpreis 5 Euro.
Bestellungen werden von der Geschäftsstelle
entgegengenommen.
Für ordentliche Mitglieder des DÄB ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.
Redaktionsschluss der Ausgabe August 02/17:
28. Juni 2017

Fotos:

Titelseite: fotolia_127171923
Seite 6: 123rf_aimage, Seite 8: 123rf_dolgachov
Seite 9: 123rf_venimo
Seite 13: 123rf_Robert Wilson
Seite 14: 123rf_pandpstock001
Seite 15: 123rf_ginasanders
Seite 16: 123rf_ginasanders
Seite 18: 123rf_Patrick M. Pelz

Haftungsbeschränkung

Der DÄB übernimmt weder die Verantwortung für den Inhalt noch die geäußerte Meinung in den veröffentlichten Beiträgen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos übernehmen wir keine Haftung. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors oder der jeweiligen Autorin und nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. Wir behalten uns das Recht vor, Beiträge und auch Anzeigen nicht zu veröffentlichen.

“

Liebe Kolleginnen,

das Jahr 2017 beginnt für den Deutschen Ärztinnenbund mit zwei Highlights: Für ein einheitliches Erscheinungsbild des DÄB haben wir uns ein neues, zeitgemäßes Outfit mit einem modernisierten Logo zugelegt, die Zeitschrift des Verbandes neugestaltet und der DÄB-Homepage ein nutzerinnenfreundlicheres Gesicht gegeben. Begleitet von Diskussionen im Vorstand und im Beirat im März 2017 haben wir dazu mehrheitlich getragene Kompromisse gesucht und gefunden. Mit der Hausfarbe sind wir beim gewohnten Orange geblieben. Den DÄB-Briefkopf und andere Print-Produkte wird künftig ein Logo zieren, das die Figur der Hygeia, die Göttin der Gesundheit aus dem alten Medaillon mitgenommen hat.

Der neue visuelle Auftritt wurde von drei Grafik-Designerinnen sowie unserem bewährten Web-Designer mit unseren Vorgaben entworfen, um das doch etwas in die Jahre gekommene Design aufzufrischen. Zusätzlich haben wir von einem Kommunikations-Fachmann, begleitet von unserer Presse- und Öffentlichkeitsreferentin, ein Konzept für die Mitgliederwerbung entwickeln lassen, das vor allem auch auf Aktivitäten in den Regionalgruppen setzt.

Neue Wege geht der DÄB auch mit der Entscheidung, einen Anteil einer geplanten Ärztinnen-Genossenschaft zu erwerben und so zu gestatten, dass diese Genossenschaft auch mit dem Namen des DÄB verbunden werden kann: Näheres dazu erläutert Ihnen in dieser Ausgabe der **ärztin** Barbara Schmeiser, Vizepräsidentin und Mitglied in der Arbeitsgruppe „neue Versorgungsformen“. Der Gedanke, dass eine Ärztinnen-Genossenschaft neue Impulse bieten kann, hat sich im Laufe des vergangenen Jahres während eines DÄB-Workshops auf dem Kongress des MWIA in Wien entwickelt, wurde von der zitierten Arbeitsgruppe weitergedacht und schließlich auf einer außerordentlichen Mitgliederversammlung diskutiert.

Die Arbeitsgruppe macht sich nach dem eindeutigen Votum der Mitgliederversammlung nun auf den Weg, einen Plan für unser neues Pilotprojekt zu entwickeln.

Mit dem Schwerpunktthema dieser Zeitschrift „Medizin 4.0 und die Digitalisierung in der Medizin“ sind wir mitten in einer hochaktuellen Diskussion: Kongresse, Tagungen und Medien beschäftigen sich damit. Der Begriff „Medizin 4.0“ meint die Digitalisierung von Prozessen, der Kommunikation und der Arbeitsweisen im Gesundheitswesen, dem sich auch die Ärzteschaft



mehr und mehr stellen muss. Und unter dem Schlagwort „Big Data“ werden komplexe Technologien beschrieben, die zum Sammeln, Auswerten und Nutzen von riesigen Datenmengen verwendet werden. In der vorliegenden **ärztin** 01/17

stellt der Gastkommentator und Ethiker Giovanni Maio gleich zu Beginn die Frage, was eine immer mehr zunehmende Digitalisierung in der Medizin unter ethischen Gesichtspunkten bedeutet. Weiter geht es mit einer Einschätzung von boomenden Gesundheits-Apps und E-Health. Bessere Therapien für besser informierte Patientinnen und Patienten sieht der nachfolgende Beitrag am Horizont heraufziehen. Weitere Themen sind die digitale Faszination bei Telematik und Telemedizin sowie der weite Weg zur elektronischen Patientenakte in Deutschland. Last but not least möchte ich Sie auf die Einladung zur regulären Mitgliederversammlung am 06.10.2017 in Berlin aufmerksam machen, die im Rahmen unseres Kongresses stattfinden wird und bei der wir auf rege Beteiligung setzen. Im Herbst wird turnusgemäß der Vorstand neu gewählt.

Zu wählen sind: die Präsidentin, zwei Vizepräsidentinnen, die Schriftführerin, die Schatzmeisterin und zwei Beisitzerinnen. Eine der Beisitzerinnen übernimmt gleichzeitig die Aufgabe der Nationalen Koordinatorin (National Coordinator) als Verbindung zum Weltärztinnenbund MWIA (Medical Women's International Association). Die andere Beisitzerin wird aus der Gruppe der ordentlichen Mitglieder unter 40 Jahren kommen.

Wir bitten daher alle engagierten Kolleginnen, über die aktive Mitgestaltung in unserem Verband nachzudenken. Alle Kolleginnen, die ordentliches Mitglied des DÄB sind, können eine Kandidatur anmelden. Sie können die Chance nutzen, diese in Ihrer Regionalgruppe, im Beirat und mit den derzeitigen Vorstandskolleginnen zu diskutieren.

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen der **ärztin**.
Mit kollegialen Grüßen

Chr. Groß

Dr. med. Christiane Groß, M.A., Präsidentin des DÄB

”



Foto: Privat

Digitalisierung in der Medizin: Wenn ein Mittel zunehmend die Ziele definiert

PROF. DR. MED. GIOVANNI MAIO, M.A. PHIL.

Die Digitalisierung ist ein Zeichen unserer Zeit. Und weil sie ein solches Zeichen ist, wird sie als Modernisierungsschub gepriesen und mit Heilserwartungen versehen. Wenn nur alles digitalisiert wird, dann wird alles leichter und die Erlösung von so manchem Ballast endlich erreicht sein. Mit der Digitalisierung werden Raum und Zeit überwunden, alles ist von überall jederzeit erreichbar und zugänglich, so heißt es. Nun geht es nicht darum, diese Potenziale kleinzureden. Aber bei aller Euphorie fragt man sich zuweilen, ob man sich wegen der Patientinnen und Patienten freut oder wegen der exorbitanten Absatzmärkte, die damit verbunden sind.

Pauschale Verurteilung ebenso wie Schönfärberei vermeiden

Je mehr Informationen zugänglich sind, umso wichtiger und unverzichtbarer ist die ärztliche Expertise, weil nur diese den Patientinnen und Patienten helfen kann, die Informationen zu gewichten, sie zu bewerten, sie auf ihre Bedeutung für die eigene Situation hin zu reflektieren. Gerade im Zeitalter der Digitalisierung wird die Datensammlung zuweilen zum Wert an sich erhoben, und es wird vergessen, dass das arztfreie Erheben von Daten nur wenig neue Erkenntnis generiert. Eine gute Ärztin ist diejenige, die mit möglichst wenig Daten eine genaue Diagnose stellen kann, und das sind eben meist Informationen, die sich aus der direkten Begegnung ergeben. Die eigentliche ärztliche Kunst ist die Kunst der Selektion der relevanten Daten und die Verknüpfung objektiver Daten mit dem, was man nur mit eigenen Sinnen wahrnehmen kann.

Maximierung von Daten ist nicht gleich bessere Medizin

Vor diesem Hintergrund ist die Maximierung elektronisch erhebbarer Daten nicht gleichzusetzen mit einer besseren Medizin.

Daher ist es gerade heute wichtig, dass die Medizin selbst ihre Ziele definiert und selbst bestimmt, was für eine gute Patientenversorgung wichtig ist. Es besteht die Gefahr, dass die Industrie mit neuen technischen Möglichkeiten eine Realität schafft, die durch die technischen Möglichkeiten bestimmt wird und nicht von der genuin medizinischen Vernünftigkeit ihrer Ziele geleitet wird. Die moderne Medizin scheint nur auf das zu reagieren, was ihr die Industrie an technischer Machbarkeit offeriert, und bindet daran alle Ressourcen, anstatt selbst zu bestimmen, woran es in der gegenwärtigen Medizin am meisten mangelt.

Wenn man die Berichte über Medizin 4.0 liest, erhält man den Eindruck, als würde die moderne Medizin vor allen Dingen darunter leiden, noch nicht ausreichend digitalisiert zu sein. Angesichts dieser Verengung des Blickwinkels erscheint es umso notwendiger, die Digitalisierung als das zu sehen, was sie ist, nämlich als ein Mittel, dessen Sinnhaftigkeit je nach Anwendungsbereich und Situation neu zu beurteilen ist. ◀

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil., Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Mitglied verschiedener überregionaler Ethikkommissionen und Ethikbeiräte, Mitglied des Ethik-Beirates der Malteser Deutschland, Mitglied des Ausschusses für ethische und juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer, 2010 Berufung zum ständigen Berater der Deutschen Bischofskonferenz.

E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de

Statt einer Einführung Schlaglichter, Schlagworte und Prognosen

Im Deutschen Ärzteblatt 2016; 113(24) heißt es: „Die **Digitalisierung in der Medizin** elektrisiert: Die riesigen neuen Datenwelten, die technischen Möglichkeiten in der Versorgung und die Vernetzung von hochspezialisierten Universitätskliniken mit ländlichen Regionen füllen fast alle Veranstaltungsprogramme – jeder will dabei sein, wenn die Welt der Medizin 4.0 Fahrt aufnimmt. Subsumiert unter dem Begriff E-Health arbeitet die Ärztin oder der Arzt künftig nur noch mit einem Tablet, die Sprechstunde findet per Skype statt und der Patient wird zum Datenmanager seiner Untersuchungs- und Fitnesswerte. Verwaltet und gesichert sind die Daten riesige Wolken, neudeutsch Cloud.“

Nach einer im Auftrag der Rochus Mummert Healthcare Consulting durchgeführten Studie „**Digitalisierung in der Gesundheitswirtschaft**“ sind Klinik-Managerinnen und -Manager auf künftige Jobprofile nur bedingt vorbereitet. Die Führungskräfte an deutschen Krankenhäusern stellen sich selbst nur durchschnittliche „digitale Noten“ aus: Gerade einmal elf Prozent von ihnen sind nach eigener Einschätzung „sehr fit“ in Sachen Digitalisierung. Für Kliniken kann das auf ihrem Weg zur Medizin 4.0 schnell problematisch werden. Denn in Zukunft wird schon gut jedes zweite Krankenhaus dieses Wissen bei der Einstellung des medizinischen und kaufmännischen Spitzenpersonals verlangen. In vielen deutschen Operationsäulen arbeiten die Ärztinnen und Ärzte bereits mit digitalen

Helfern. Auf der anderen Seite sind Pflegeroboter, die Medikamente aus den Klinikapotheken auf die Stationen bringen oder dabei helfen. In der Praxis bedeutet das beispielsweise die Einführung der elektronischen Patientenakte.

In der ÄrzteZeitung vom 31.10.2016 wird gefragt, ob **Big Data** Medizinerinnen und Mediziner arbeitslos macht. Und die Antwort lautet: „Ärzte werden in ein paar Jahren nicht mehr viel zu tun haben, sagen zwei US-Forscher. Stattdessen arbeiten sie als Cyborgs: Ärzte würden als Beruf nur noch PC-Aufsicht halten. Das maschinelle Lernen wird viel von der Arbeit ersetzen, die Radiologen und auch anatomische Pathologen erledigen.“ Die große Menge an Bilddaten im Zusammenhang mit den Fortschritten in den Bilderkennungsfähigkeiten von Computern werde dazu führen, dass die Treffgenauigkeit von Rechnern jene von Menschen schon bald übertreffen werde: In 20 Jahren wird es nirgendwo mehr Radiologen in ihrer heutigen Form geben.“

Bei einer Tagung zum Thema **Arbeit 4.0 – Blind Spot Gender** im September 2016 in Berlin zeigte Dr. Markus M. Grabka von DIW Berlin die genderspezifischen Verteilungseffekte von Digitalisierung auf. Er stellte Berufe vor, die besonders durch die Digitalisierung gefährdet sind, wobei Gesundheits- und Krankenpflegeberufe – und damit wohl auch der Beruf der Ärztin – zu den ungefährdeten Berufen zählen (s. Abb.). (gk) ◀

Prognosen zum technologischen Wandel			
In Deutschland könnten bis zu 17,2 Mio. Beschäftigte (45 % der heutigen Jobs) in den nächsten 2 Dekaden durch Roboter ersetzt werden.			
Top 10 der gefährdeten Berufe	in Mio.	Top 10 der ungefährdeten Berufe	in Mio.
Büro- und Sekretariatsberufe	2,7	Kinderbetreuung und -erziehung	0,8
Berufe im Verkauf	1,1	Gesundheits- und Krankenpflege	0,7
Berufe im Gastronomieservice	1,0	Aufsichts- und Führungskräfte – Unternehmensorganisation und -strategie	0,5
Berufe in der kaufmännischen und technischen Betriebswirtschaft	0,9	Maschinenbau- und Betriebstechnik	0,4
Post und Zustelldienst	0,7	Kraftfahrzeugtechnik	0,4
Köche/Köchinnen	0,7	Vertrieb (Einkaufs-, Vertriebs- und Handelsberufe)	0,4
Bankkaufleute	0,5	Sozialarbeit und Sozialpädagogik	0,3
Lagerwirtschaft	0,4	Altenpflege	0,3
Metallbearbeitung	0,4	Hochschullehre und -forschung	0,2
Buchhaltung	0,3	Bauelektrik	0,2

Quelle: AT-Kearney (2015)

IM INTERVIEW

Auf dem Weg zur Meta-Intelligenz?

Gesundheits-Apps und E-Health – Chance für Ärztinnen und das Gesundheitswesen

Auch im Gesundheitswesen finden Kommunikation und Information zunehmend digital statt. Wie sich diese Vernetzung auf die Versorgung auswirkt und was das für Patientinnen und Patienten, für Medizinerinnen und Mediziner bedeutet, haben wir Prof. Dr. Andréa Belliger gefragt. Sie ist Prorektorin der PH Luzern, beschäftigt sich mit dem Thema der digitalen Transformation im Gesundheitswesen und leitet am Institut für Kommunikation & Führung (IKF) den Weiterbildungsstudiengang E-Health – Gesundheit digital.



Foto: Privat

ärztin: Die Zahl der Apps, die sich mit dem Thema Gesundheit und Fitness beschäftigen, boomt. Warum ist die Nachfrage so groß? Bedingen Smartphones und Tablets damit auch eine neue Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit?

Prof. Belliger: Tatsächlich gibt es mittlerweile über 360.000 gesundheitsbezogene Apps. Das Thema Gesundheit und Krankheit beschäftigt Menschen vital. Da ist es selbstverständlich, dass die Tools, Medien und Kommunikationskanäle, die unser Leben begleiten, auch bei Gesundheitsfragen für Informationssuche, Motivation, Vernetzung, Kommunikation, für Prävention, Diagnose und Therapie genutzt werden.

Wichtig scheint mir zu verstehen, dass diese Apps Ausdruck eines viel grundlegenden gesellschaftlichen Veränderungsprozesses, die sogenannte digitale Transformation, sind. Digitalisierung verändert unsere Gesellschaft tiefgreifender als wir denken. Wir sind mit neuen Technologien konfrontiert, von denen wir überhaupt noch nicht abschätzen können, wohin sie uns führen. Diese tangieren auch das Gesundheitswesen.

PROF. DR. THEOL. ANDRÉA BELLIGER

Ein Blick zurück aufs Jahr 2016 bestätigt dies: Virtual Reality fasste mit dem Markteintritt von Facebooks Oculus Rift (3-D-Brille, Anm. d. Red.) Fuß. Während das Internet Information zugänglich gemacht hat, wird Virtual Reality (VR) neue Erlebnisse ermöglichen.

Biologie und Technologie verschmelzen zunehmend

Mit der digitalen Kontaktlinse von Novartis und Google, die den Blutzucker in der Tränenflüssigkeit eruieren kann, wird die Behandlung von Diabetes neue Wege gehen und das Thema Augmented Reality (Computergestützte Erweiterung der Realität, Red.) ist mit der HoloLens von Microsoft (eine Brille, die interaktive 3-D-Projektionen in der direkten Umgebung darstellt, Red.) ins Interesse der Öffentlichkeit getreten. Neue Methoden, mit deren Hilfe die DNA fast jeden Organismus manipuliert und eine genetische Krankheit quasi ausradiert werden kann,

beschäftigen zurzeit die Biomedizin und werfen viele ethische und regulatorische Fragen auf.

Smarte Kleider, etwa aus der Kooperation von Google und Levi's, bei denen Mikrochips ins Gewebe eingearbeitet sind, reagieren auf unsere Körpertemperatur oder den Gemütszustand. IBMs Medical Sieve, ein kognitiver Assistent aus dem Bereich künstliche Intelligenz und Radiologie, diagnostiziert Verletzungen und Knochenbrüche und kann so Ärzte entlasten. Bioprinting, das Drucken von Knochen und ganzen Organen mittels Bioink, lebenden Zellen als „Tinte“, machte weitere Fortschritte. Biologie und Technologie verschmelzen zunehmend. Wir Menschen werden uns möglicherweise bald schon – im Sinne einer nächsten Evolutionsstufe – über Human-Cloud-Connections in virtuelle Netzwerke einbinden und vielleicht so etwas wie Meta-Intelligenz schaffen. Es ist also – weit über Gesundheits-Apps hinaus – einiges los.

ärztin: Auch Ärztinnen und Ärzte vernetzen sich zunehmend. Welche Chancen bietet E-Health für das professionelle Gesundheitswesen?



Prof. Belliger: Diese Veränderungen betreffen Ärztinnen und Ärzte fundamental. Denn digitale Transformation impliziert einen grundlegenden Paradigmenwechsel in unserer Gesellschaft, in der die Art, wie wir uns in allen Lebensbereichen organisieren – weg von geschlossenen Systemen, hin zu offenen, bottom-up-organisierten, heterogenen, hybriden und agilen Netzwerken. Das impliziert neue Rollenverständnisse und Berufsbilder. Stark ritualisierte und starre Experten-Laienfälle lösen sich auch im Gesundheitswesen auf dem Hintergrund von Ansätzen wie partizipative Medizin und Shared Decision Making zunehmend auf. Patientinnen und Patienten fordern offene Kommunikation und Transparenz.

Zwei Paralleluniversen und ein neues Mindset

Die größte Herausforderung besteht gegenwärtig in der Diskrepanz zwischen der Geschwindigkeit, in der sich die Lebenswelt verändert, und der real-existierenden Situation in Praxen, Kliniken und Heimen. Während auf der einen Seite Entwicklungen exponentiell vorstatten

gehen, beschäftigen sich die Akteure im klassischen Gesundheitswesen in der Tat noch mit Fragen der Interoperabilität und des elektronischen Datenaustausches. Wir leben in einer „Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“, in zwei Paralleluniversen. Das typische Charakteristikum einer Transformationsgesellschaft. Ich spüre aber eine zunehmende Bereitschaft im Gesundheitswesen, sich der Thematik anzunehmen. Das Bewusstsein, dass sich etwas verändert, ist vorhanden. Aber es herrschen wenig Anreiz und eine gewisse Ratlosigkeit, wenn es um die Haltung dieser Veränderung gegenüber oder die konkrete Umsetzung und Anwendung geht. Dabei ist digitale Transformation im Kern nicht ein technologischer, sondern sozialer Transformationsprozess. Damit zeichnet sich ab, dass die eigentliche Herausforderung die Kulturveränderung und ein neuer „Mindset“ sind. Neben oder vor einer technischen Interoperabilität der Daten und Systeme braucht es eine kulturelle Interoperabilität, eine mentale und kulturelle Anschlussfähigkeit der eigenen Person, Organisation und des gesamten Gesundheitswesens nach innen und außen.

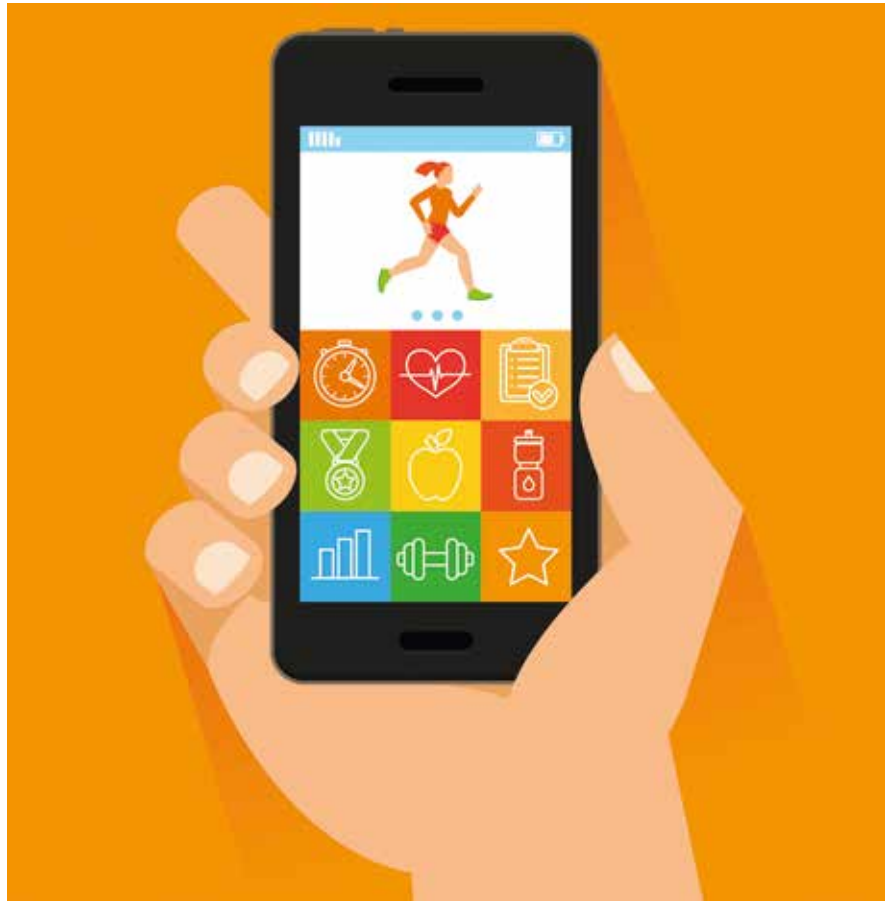
ärztin: Gibt es in Deutschland oder der Schweiz Institutionen, die über Social Media mit Patientinnen und Patienten kommunizieren wie zum Beispiel die amerikanische Mayo Clinic mittels Blog, Podcasts und Foren sowie mit Videokanälen, Facebook und Twitter?

Prof. Belliger: Ansatzweise gibt es das bereits, aber noch relativ selten. Dabei sind Patienten und Angehörige eigentlich die am wenigsten genutzte Ressource im Gesundheitswesen. Interessanterweise wird die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten, aber insbesondere auch mit Pflegefachpersonen in Studien als Hauptgrund für Patientenzufriedenheit genannt. Patientenzufriedenheit wiederum gilt als maßgeblicher Treiber für Health Outcome, für die Wirksamkeit medizinischer Versorgung. Und ein weiteres Faktum ist bemerkenswert. Es gilt nämlich folgende Logik: Je höher die Patientenzufriedenheit, desto höher der Health Outcome. Und je höher die Patientenzufriedenheit, umso besser die Adherence – das Einverständnis des Patienten, die mit der Ärztin gemeinsam vereinbarte Therapieempfehlung nach besten Möglichkeiten

einzuhalten. In Europa wird diesem Thema langsam, aber sicher mehr Beachtung geschenkt. So hat der Direktor des ReShape Institute an der Radboud Universität in den Niederlanden an der eigenen Klinik eine neue Funktion, jene des CLO, des Chief Listening Officers, eingerichtet, dessen beziehungsweise deren Aufgabe nichts weiter beinhaltet, als den Patienten, ihren Angehörigen und den Mitarbeitenden zuzuhören.

ärztin: Entsteht mit der Digitalisierung auch eine neue Generation von ePatienten? Wofür steht dabei das kleine e?

Prof. Belliger: In den letzten Jahren hat sich tatsächlich eine neue Patientengeneration entwickelt, die zu einer neuen Einflussgröße geworden ist. Die sogenannten ePatienten. Das kleine „e“ vor Patient steht heute längst nicht mehr nur für „elektronisch“, sondern für educated, enabled, engaged und empowered, für aktiv, befähigt und kompetent. Patienten informieren sich heute ganz selbstverständlich online über Symptome, Diagnose und Therapiemöglichkeiten. Plattformen wie washabich.de liefern dazu leicht verständliche Texte und kostenlose professionelle Übersetzungshilfen, digitale Dolmetscher für das Medizinlatein von Befunden, Austrittsberichten oder Arztbriefen. Unabhängige Vergleichsportale wie die „Weiße Liste“ (weisse-liste.de) informieren über Fallzahlen, Patientensicherheit und Hygiene von Spitälern mit dem Ziel, Patienten zu befähigen, fundierte Wahlentscheidungen zu treffen, indem Transparenz über die Qualität von Gesundheitsanbietern geschaffen und der Wettbewerb gefördert wird. Patienten sind heute aber nicht nur digital informiert, sondern zunehmend digital vernetzt. Online-Selbsthilfegruppen wie patientslikeme.com oder das auf seltene Krankheiten bei Kindern spezialisierte Portal kmsk.ch, auf denen sich Patientinnen und Patienten und deren Angehörige organisieren, weisen enorme



Wachstumswahlen auf. Patientenblogs wie sugartweaks.de werden zu niederschwelligen Anlaufstellen für krankheitsspezifische Fragen mit hoher Authentizität und Glaubwürdigkeit.

Patientinnen und Patienten nutzen den digitalen Gesundheitsbereich

Neben Gesundheits-Apps nutzen Patienten und Kunden heute immer mehr Dienstleistungen im digitalen Gesundheitsbereich: Hoch im Kurs sind all jene Angebote, die mehr Bequemlichkeit, Annehmlichkeit, Zweckmäßigkeit oder Sicherheit versprechen. Online-Beratungen etwa, die über eine sichere Verbindung eine Tablet-Konsultation mit Patienten ermöglichen, zum Beispiel bei der Betreuung von chronisch kranken Personen. Auch das Einholen von Zweit-

meinungen, etwa vor einem Eingriff oder einer Behandlung, wird durch neue Dienstleistungen wie meinezweitmeinung.ch erleichtert. Ein neues Thema ist die Speicherung und gegebenenfalls Weiternutzung der eigenen Gesundheitsdaten über sichere, aber gleichzeitig kooperative Plattformen wie healthbank.coop. Interessanterweise werden viele dieser Dienstleistungen nicht von traditionellen Leistungserbringern oder Kostenträgern erbracht. Neue Akteure aus Telekommunikation, Mobilität und dem Retail erobern gegenwärtig den Gesundheitsmarkt. ◀

E-Mail: andrea.belliger@phlu.ch

Das Gespräch mit Prof. Dr. theol. Andréa Belliger führte Gundel Köbke.



Foto: ulb

Digitale Revolution Big Data – eine große Chance für die Medizin

PROF. DR. MED. AXEL EKKERNKAMP

Im Berliner Tagesspiegel erschien am 16.08.2016 ein Beitrag von Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, der seinem Artikel voranstellt: „Bessere Therapien für besser informierte Patienten: Warum das elektronische Zeitalter ein Grund zum Optimismus in der Heilkunde ist.“ Die Auszüge aus diesem Artikel wurden uns freundlicherweise vom Autor und dem Tagesspiegel als Nachdruck zur Verfügung gestellt.

Wir leben in einer Gesundheitsgesellschaft. Gesundheit bekommt eine neue Bedeutung. Sie wird von einem Zustand zu einem aktiven Lebensgefühl. Ziel ist nicht mehr allein die Abwesenheit von Krankheit. Es geht um aktive Selbstbefähigung und um körperliche und mentale Fitness. Zu den beiden Megatrends, denen sich die Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren stellen muss, gehören der demografische Wandel und die Digitalisierung.

Ein immer längeres Leben kann Wirklichkeit werden

Die Alterung bedeutet im Kern eine Gesellschaft des langen Lebens. Was heute Utopie ist, ist morgen Vision und übermorgen Wirklichkeit. So arbeitet der technische Leiter der Entwicklungsabteilung von Google, Ray Kurzweil, an Modellen der Lebensverlängerung. Seine Vision ist die Unsterblichkeit, die aus der Verschmelzung von biologischer und technischer Intelligenz besteht. Das mag ferne Zukunftsmusik sein. Sicher ist: Wir werden unsere Gesundheit in Zukunft über eine immer länger werdende Lebensspanne erhalten. Dabei geht es nicht mehr um einen Kampf gegen das Altern (Anti-Aging), sondern um die aktive Gestaltung des Lebens (Pro-Aging).

Neue Technologien in der Medizin bieten Chancen für eine bessere und effizientere Versorgung. Ziel ist vor allem der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen. Medizin und IT wachsen dabei immer stärker zusammen. Erkennbare Entwick-

lungen sind E-Health, Telemedizin und Telemonitoring. Mikroroboter werden in die Blutbahn gespritzt und messen den Blutdruck, erkennen einen drohenden Herzinfarkt oder Krebs im Frühstadium. In der neuen Titanhüfte befindet sich ein Chip, der als Schrittzähler fungiert,

den Insulinspiegel misst und automatisch einen Notruf tätigt, wenn der Besitzer stürzt und Hilfe benötigt. Gewebeingenieure züchten aus synthetischen Materialien oder dem Gewebe des Patienten Organe und ersetzen damit alte oder kranke Gewebe. Solche Verfahren werden bald so normal sein wie der Herzschrittmacher. (...)

Lebensqualität aus Algorithmen

Big Data und Algorithmen können Gesundheit und Lebensqualität fördern. Es geht um die Verknüpfung riesiger Datenmengen. Die Digitalisierung verändert alle bisher bekannten zeitlichen und räumlichen Dimensionen. Speicherkapazitäten, Zugriffsmöglichkeiten, Transparenz unter Beachtung des Datenschutzes fordern das deutsche Gesundheitssystem heraus.

Dabei wächst die Menge der Gesundheitsinformationen schneller, als Spezialisten sie verarbeiten können. Mithilfe von Algorithmen lassen sich Informationen effizienter und besser verarbeiten. Schon warnen Kritiker, dass in Zukunft Algorithmen Ärzte ersetzen und der Arzt zum computerabhängigen Assistenten degradiert wird. Das Gegenteil ist richtig. In Zukunft wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als Maßstab in der Gesundheitsversorgung wichtiger. Je besser und intensiver sich der Arzt um den Patienten vor, während und nach einer medizinischen Leistung kümmert, desto höher ist die Qualität der Behandlung.

Die Digitalisierung, Virtualisierung und dezentrale Versorgung durch E-Health-Anwendungen bieten viele Vorteile: von Kostensenkungen über Synergien bis hin zu Kompetenzgewinnen. Für ein besseres Arzt-Patienten-Verhältnis bleibt mehr Zeit, da intelligente, mitdenkende Systeme die Arbeit von medizinischen Fachkräften erheblich entlasten und verbessern. Weil wir aber auch mithilfe von Big Data und Algorithmen niemals über vollkommene Informationen verfügen werden, bleiben unsere Vorhersagen fehlbar. Entscheidend ist am Ende die Haltung. Der Arzt als Gegenüber mit Einfühlungsvermögen bleibt für den Patienten der wichtigste Vertrauensfaktor.



Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp auf dem Helikopterlandeplatz des Unfallkrankenhauses Berlin

Verantwortung, Vertrauen und Transparenz gehören zusammen

Durch Individualisierung und Digitalisierung wird Vertrauen entscheidend. Viele Bürger sind um den Schutz ihrer Gesundheitsdaten besorgt. Um sie in ihrer digitalen Mündigkeit zu stärken, müssen wir digitale Verantwortung, Vertrauen und Transparenz zusammendenken. Dafür braucht es mehr qualifizierte Information und digitale Selbstbestimmung. In Estland sieht jeder Patient anhand seiner digitalen Patientenakte, wann welcher Arzt auf seine Daten zugreift. Missbrauch wird hart bestraft. (...)

Gute Ärzte, Kliniken und Gesundheitsexperten müssen die Digitalisierung nicht fürchten, schlechte dagegen schon. Medizinische Leistungen werden künftig vermehrt öffentlich, das heißt auch in den sozialen Medien und auf Plattformen, bewertet. Die Reputation von Ärzten und Kliniken wird zunehmend im Internet sichtbar und diskutiert. Ärzte und Kliniken sollten die Chancen der neuen Medien nutzen und in der Bewertung durch ihre Patienten keine Bedrohung

sehen. Die Machtverteilung zwischen Ärzten und Patienten wird sich verändern. Sie werden deswegen keineswegs überflüssig, aber ihre Rolle wird sich grundlegend verändern. Der neue Dreiklang in der Gesundheitsversorgung von morgen setzt auf Fachkompetenz, Transparenz und Kommunikation.

Roboter sind zu feineren Eingriffen als Ärzte fähig

Die Digitalisierung wird vor allem die Arbeit der Ärzte und ihre Beziehung zu den Patienten verändern. Schon heute kooperieren Mensch und Maschine im Gesundheitswesen. Roboter sind teilweise zu erheblich komplexeren und feineren Eingriffen fähig als Ärzte. Dies führt nicht zur Entmenschlichung oder zur totalen Automatisierung. Wenn etwas schiefgeht, liegt die Verantwortung beim Menschen, er allein wird in Haftung genommen. Der Mut zum digitalen Wandel muss einhergehen mit der Demut vor den Folgen und Grenzen.

Wir werden daher zwei Dinge lernen müssen: die Chancen der digitalen Tech-

nologie zu nutzen und in einer zunehmend technisch bestimmten Welt uns selbst zu verorten. Es geht um digitale und um mentale Achtsamkeit und um die Präzisierung dessen, was uns als Gesundheitsdienstleister ausmacht. Die Digitalisierung mit ihren Technologien und Algorithmen fordert uns gleich doppelt heraus. Um erfolgreich bestehen zu können, werden wir uns verändern müssen. „Wir“ heißt: Ärzte und Patienten. Aber liegt nicht in der Fähigkeit des sich ständig neu Erfindens unsere eigentliche Stärke als Menschen und der wichtigste Unterschied zur Maschine? ◀

Der vollständige Artikel kann unter <http://www.tagesspiegel.de/wissen/digitale-revolution-big-data-eine-groesse-chance-fuer-die-medizin/14014876.html> nachgelesen werden.

Der Autor ist Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin und Professor für Unfallchirurgie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

E-Mail: axel.ekkerkamp@ukb.de



Foto: Hoerentfeldt e.K.

IM INTERVIEW

Digitale Faszination bei Telematik und Telemedizin

DR. MED. CHRISTIANE GROSS, M.A.

Verbessert die Telemedizin das Gesundheitswesen?

Die Telemedizin ist ein Teilbereich der Telematik im Gesundheitswesen und bezeichnet Diagnostik und Therapie unter Überbrückung einer räumlichen oder zeitlichen Distanz. Telemedizin wird bereits heute in zahlreichen Ländern bei der Behandlung von verschiedenen Erkrankungen wie Diabetes, Lungenerkrankungen, Schlaganfall oder bei der Begleitung der Rehabilitation, beispielsweise nach Unfällen oder Operationen, erfolgreich eingesetzt.

ärztin: Die digitale Faszination breitet sich auch in der Medizin aus – sind Telematik und Telemedizin Optionen für Ärztinnen von morgen?

Dr. Groß: Gehen wir davon aus, dass Praxen in ländlichen Gebieten immer weniger attraktiv werden: Weil die jetzige Generation von Medizinerinnen und Medizinern die alte 24-Stunden-Versorgung auf dem Land nicht mehr bieten kann und will, müssen auch alternative Versorgungsformen umgesetzt werden. Dies bedeutet, dass moderne Medien bei Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht und Datensicherheit auf höchstmöglichem Niveau genutzt werden müssen. Hierzu gehören telemedizinische Verfahren, aber auch in der Zukunft der Zugriff auf elektronische Patientenakten. Möchte man junge Ärztinnen und Ärzte auch in weniger attraktiv empfundene ländliche Gebiete locken, muss also ein gut durchdachtes System geboten werden, zu dem sicher auch die Telemedizin gehört.

Auch für den fachärztlichen Bereich ist Telemedizin positiv: Denkbar ist ein Heimarbeitsplatz, bei dem durch den Zugriff auf die Patientenakten das Schreiben von Arztbriefen oder das Übermitteln von Gutachten über große Entfernungen möglich ist. Aber auch telemedizinische Konsultationen können hilfreich sein. Dies wäre eine Option, um jungen Müttern – und sie sind es in Deutschland ja immer noch in der Mehrzahl, die die Kinder betreuen – die Möglichkeit zu geben, stundenweise wieder in der Versorgung zu arbeiten, unabhängig von einer externen Kinderbetreuung. Wie die Vergangenheit lehrt, werden sicher auch junge Väter die eine oder andere Option hier zu nutzen wissen.

ärztin: Inwiefern ist Telemedizin als Grundlage einer gemeinsamen Patientenversorgung von Fach- und Hausärzten heute schon – zumindest in einigen Projekten – Realität?

Dr. Groß: Es gibt Projekte, die inzwischen schon in der Grundversorgung eingebunden sind. Hier ist vor allem die telemedizinische Notfallbehandlung von

Schlaganfällen in Bayern und Sachsen zu erwähnen, aber auch die Notfallversorgung der Stadt Aachen. Eine gute Kooperation ist bei der Betreuung von Herzinsuffizienzpatientinnen und -patienten im Projekt Partnership for the Heart an der Berliner Charité zu finden. Und erwähnt werden muss natürlich das älteste Telemedizinprojekt überhaupt, die Seenotrettung in Cuxhaven, die es schon seit 1934 gibt.

Telemedizin ist meist nur Ergänzung oder Ersatz von bestehenden Behandlungsverfahren

Die Honorierung als Leistung der GKV ist für einige Bereiche in Arbeit und muss dringend ausgebaut werden. Größtes Hindernis ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) telemedizinische Projekte immer noch als neue Versorgungsform ansieht und entsprechende Vorgaben zur Genehmigung vorliegen müssen. Die Erkenntnis, dass Telemedizin in den meisten Fällen nur als Ergänzung oder Ersatz zu bestehenden Behandlungsverfahren zu sehen ist, setzt sich hoffentlich bald durch.

ärztin: Ist es zum Beispiel ressourcenorientiert wirklich sinnvoll, alle anfallenden Notfälle – auch Bagatellfälle – an Wochenenden und in den Nächten ärztlich persönlich zu versorgen?

Dr. Groß: Nein, schon unter dem Aspekt, dass bei Notfällen auch heute noch Ärztinnen allein in fremde Häuser gehen müssen, wäre es eine Überlegung dahingehend wert, vorher telemedizinisch zu klären, ob ein Besuch dringend erforderlich ist. Hierzu muss aber auch ein gesellschaftliches Umdenken stattfinden und es muss wieder mehr Sicherheit in der Eigen-

behandlung von Bagatellerkrankungen erzeugt werden – aber das ist ein anderes Thema, das hier mit hineinspielt.

Auch die Erkenntnis, dass Bagatellfälle zunehmend die Kapazität in Praxen überfordern und der Weg für einige Patienten oder Patientinnen sogar überflüssig würde, zeigt, dass nicht nur die Ärzteschaft davon profitieren würde. In anderen Ländern hat man erkannt, dass man sehr wohl Bagatellfälle telefonisch beziehungsweise telemedizinisch behandeln kann und dass es sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für die Patientinnen und Patienten einen Mehrwert schafft.

Aber dem steht in Deutschland das Fernbehandlungsverbot entgegen. Von Fernbehandlung sprechen wir nur, wenn eine Behandlung ausschließlich telefonisch oder elektronisch vermittelt erfolgt. Ärztliche Behandlungszentren, die ihren Standort nicht in Deutschland haben, dürfen natürlich auch gegen Honorar hier in Deutschland Patientinnen und Patienten versorgen. Man stelle sich zukünftig vor, dass rund um Deutschland solche Zentren erlaubt sind, deutsche Ärztinnen und Ärzte sich aber nicht beteiligen dürfen. Für mich ist das auch eine gewisse Diskriminierung. Um eine Gleichbehandlung in Europa zu gewährleisten, müssen wir uns um das Berufsrecht kümmern. Jedoch müssen die Grundlagen nach wie vor die ärztliche Expertise auch im Notfall sicherstellen.

ärztin: Welche Vorteile bringen Telematik und Telemedizin insbesondere für Ärztinnen?

Dr. Groß: Unter der Voraussetzung, dass die Berufsordnung entsprechend angepasst wird und eine datensichere Vernetzung der Ärzteschaft gewährleistet ist, könnten gerade Ärztinnen, aber auch Ärzte, die Kinder versorgen, die Möglichkeit erhalten, zu Hause Briefe zu schreiben, Gutachten zu erstellen oder auch zeitweise im telemedizinischen Konsiliardienst und im ärztlichen Notdienst eingesetzt zu werden. Hierzu müsste der Zugriff auf Patientendaten möglich sein. Dies alles könnte die ärztliche Ver-



sorgung entlasten und für Ärztinnen und Ärzte nach der Elternzeit sogar einen fließenden Wiedereinstieg ermöglichen. Telemedizin als Pluspunkt für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben.

ärztin: Vor Kurzem wurde ein Telemedizinpreis an ein Projekt vergeben, das die Versorgung von Flüchtlingen in Notunterkünften per Videokonferenz und mit einer App möglich macht. Wo ist der Einsatz von Telemedizin Ihrer Ansicht nach ebenfalls noch sinnvoll?

Dr. Groß: In Pflege- und Seniorenheimen, weil dort in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Hausärztinnen und Hausärzten eine Versorgung der alten Menschen eindeutig verbessert werden kann. Hier gehört aber auch die gemeinsam zu nutzende Patientenakte dazu, damit die Behandlung auf aktuellem Stand erfolgt.

ärztin: Telemedizin verbessert das Gesundheitswesen – heißt es. Welche Vorteile und Nachteile bringt es für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten? Leidet das Ärztin-Patienten-Verhältnis darunter?

Telemedizin allein wird den großen Durchbruch nicht schaffen

Dr. Groß: Wenn die technischen Grundlagen den Forderungen der Ärzteschaft entsprechen und die ärztliche Schweigepflicht gewahrt ist, sehe ich in den tele-

medizinischen Ergänzungen Zeit- und Organisationsvorteile für Patientinnen und Patienten und auch für Ärztinnen und Ärzte. Telemedizin allein wird nicht den großen Durchbruch schaffen. Ohne dass gemeinsame Akten vorliegen, geht es zukünftig nicht. Auch die schnelle und zeitnahe Übermittlung von Untersuchungsergebnissen und Arztbriefen kann ein Plus der Telematik werden, insbesondere bei der Verbesserung sektorübergreifender Versorgung.

Voraussetzen müssen wir aber, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation die Aufklärung der elektronischen Medien einschließt, dass die Patientinnen und Patienten sich bewusst sind, wer welchen Zugriff auf welche Daten haben soll. Sie oder er muss aufgeklärt sein, muss darüber selbst bestimmen, sollte aber in Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt die Bedingungen festlegen. Grundlage ist und bleibt das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und deren Patientinnen und Patienten. Das heißt, es entsteht vielleicht eine veränderte, aber weiterhin gute Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke. Dr. med. Christiane Groß, M.A. ist Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) und Vorsitzende des „Ärztlichen Beirates zur Begleitung der Einführung einer Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen“.

E-Mail: daeb@aerztinnenbund.de



Foto: Privat

Der weite Weg zur elektronischen Patientenakte

DR. MED. SILKE HAFERKAMP

Elektronische Akten stehen inzwischen seit vielen Jahren im Fokus der Diskussion um digitale Kommunikation im Gesundheitswesen. Dabei sind die Konzepte genauso vielfältig wie die Namen.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal ist die vorgesehene Dauer der Datenspeicherung, die vom Zweck der Datenhaltung abhängt. Ebenso unterschiedlich ist die Hoheit über die Datenhaltung. Bei Akten zur Kommunikation ist zudem zu unterscheiden, wer mit wem kommuniziert: Kommunizieren zwei oder mehrere Leistungserbringende direkt oder kommuniziert ein Patient mit den jeweiligen Leistungserbringenden?

Neben den traditionellen Krankenakten der Leistungserbringer stehen verschiedene Ansätze von lebenslangen Patienten- oder Gesundheitsakten. Ziel bei diesen Akten ist eine Datensammlung auf Vorrat, das heißt möglichst vollständig alle Daten zu einem Menschen zu speichern, falls sie gebraucht werden. Die Hoheit über eine solche Akte kann nach dem deutschen Datenschutz nur bei den Patienten und Patientinnen selbst liegen. Im E-Health-Gesetz ist vorgesehen, bis 2018 die Voraussetzungen für eine solche Akte zu schaffen.

Das Konzept der elektronischen Fallakte fußt auf direkter Kommunikation

Der Behandlungskoordination dienen Akten auf Zeit, die zu einem bestimmten Zweck angelegt und mit Wegfall dieses Zwecks wieder gelöscht werden. Hierzu gehört die elektronische Fallakte (EFA), ein datenschutzrechtliches Konzept mit dem Ziel einer direkten Kommunikation

zwischen den Leistungserbringenden, die von den Patienten und Patientinnen autorisiert und jederzeit gestoppt werden kann, aber nicht inhaltlich gesteuert wird. Im Gegenzug sind die Leistungserbringenden datenschutzrechtlich dazu verpflichtet, nur für den Behandlungszweck relevante Informationen weiterzugeben.



Offene Fragen sind, wer die Arbeit zur Erstellung solcher Akten erbringt, wie sie gepflegt werden und wie nachher in einer Akte die wirklich wesentlichen Informationen sicher und vor allem vollständig gefunden werden können. Dies geht einher mit weiteren Überlegungen: Können Ärzte und Ärztinnen dafür haftbar gemacht werden, wenn sie in einer prall gefüllten, unübersichtlichen Gesundheitsakte eine relevante Information übersehen? Wie lange wären sie verpflichtet zu suchen? Wie kann die Suche informationstechnologisch unterstützt werden? Wer haftet gegebenenfalls für die Vollständigkeit solcher Suchergebnisse?

Während es technisch gut machbar ist, einfach alle erstellten ärztlichen Dokumente in eine Akte zu exportieren, bedeutet eine individuelle Einzelauswahl

von Behandlungsergebnissen manuellen Arbeitsaufwand, nicht zu sprechen von einer Zusammenfassung oder Bewertung der eingestellten Informationen. Bei einer kollegialen, arztgeführten Behandlungskommunikation darf üblicherweise davon ausgegangen werden, dass eine entsprechende Zuarbeit seitens der Kollegen und Kolleginnen erfolgt. Demgegenüber ist die Qualität einer patientengeführten Akte noch unvorhersehbar.

Ich halte eine Koexistenz dieser Kommunikationsformen für unabdingbar, da sie alle ihren spezifischen Zweck erfüllen und sich nicht gegenseitig ersetzen können. Voraussetzung für das Wiederfinden von Informationen und für den Austausch von Daten und Dokumenten ist allerdings die Nutzung derselben Standards, sowohl technisch als auch semantisch. Dies ist leider noch nicht selbstverständlich, da in Deutschland bisher anders als zum Beispiel in Österreich keine staatlichen Vorgaben bezüglich Standards geschaffen wurden und daher viele Kommunikationsnetze auf individuellen Insellösungen beruhen. Der Weg für uns in Deutschland ist also noch weit, das Ziel einer besseren und effizienteren Patientenversorgung lohnt sich definitiv. ◀

Dr. med. Silke Haferkamp war als Anästhesistin und Notärztin tätig und ist heute Bereichsleiterin für Klinische und Kaufmännische IT-Systeme und stellvertretende IT-Leiterin der Uniklinik RWTH Aachen.

E-Mail: shaferkamp@ukaachen.de



Foto: Privat

Kennen, können und beherrschen – Die neue Weiterbildungsordnung

DR. MED. TONIA IBLHER

Bei der Beiratssitzung des DÄB im Herbst 2016 hielt Dr. med. Franz Bartmann einen Vortrag über die neue Weiterbildungsordnung (WBO). Bartmann ist Vorsitzender des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer und Präsident der Schleswig-Holsteinischen Ärztekammer. Dr. med. Tonia Iblher (DÄB) fasst sein Referat zusammen.

Die Umsetzung der aktuellen WBO ist kompliziert. Nicht immer ist der Grund dafür, dass das Geforderte nicht umgesetzt werden kann – so Dr. med. Franz Bartmann – vielmehr ist es schwierig, das gesamte Fachgebiet zu überblicken. Infolgedessen achten die Kammern insbesondere auf das juristisch Überprüfbare wie zum Beispiel Zeiten und Weiterbildungsstätten.

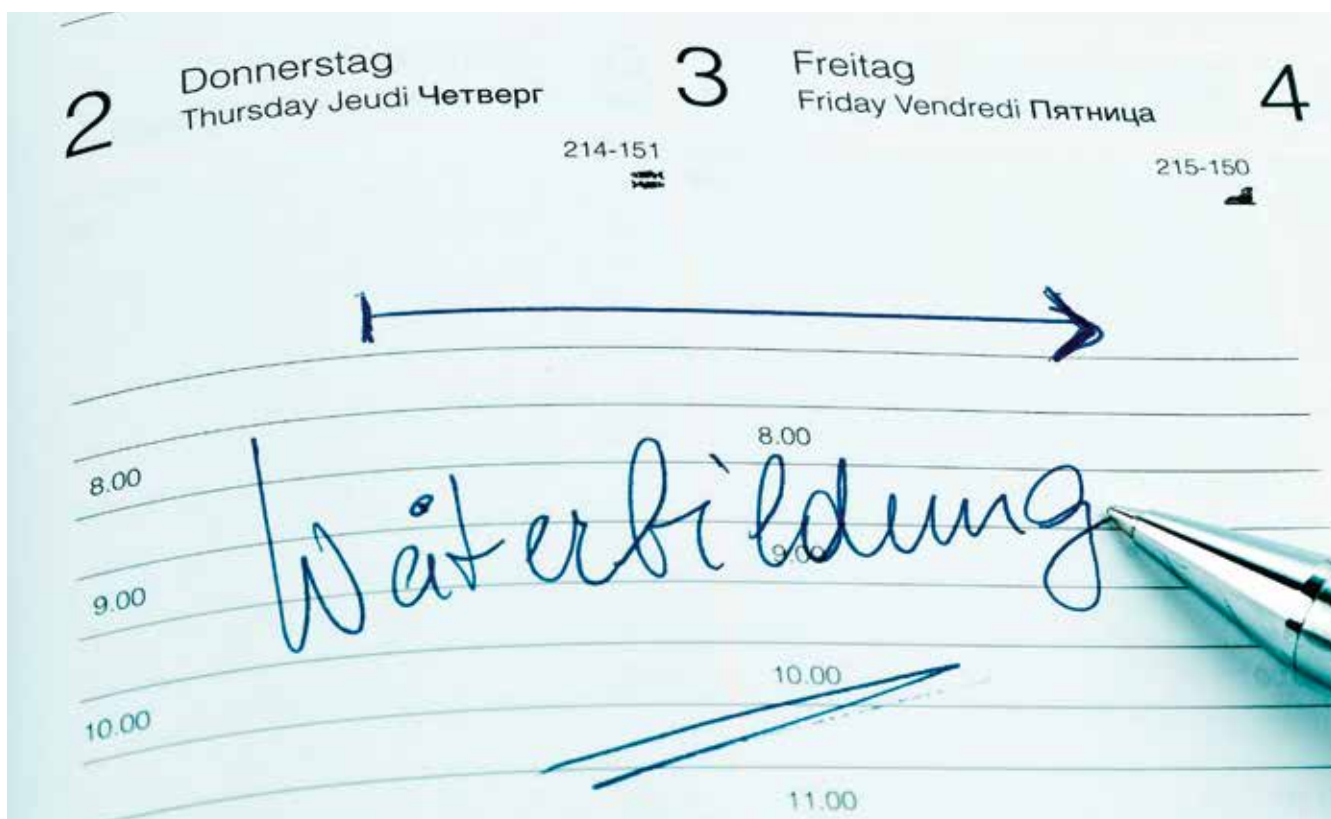
Seit dem Ärztetag in Dresden 2010 wird an einer neuen modularen Weiterbildung gearbeitet. Die Weiterbildungsordnung soll trotz des starken Gegenwinds bis 2018 unter Dach und Fach sein. Ziele der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) sind unter anderem eine kompetenzbasierte allgemeine und spezielle Weiterbildung sowie berufsbegleitende Weiterbildungsmöglichkeiten. Darüber hinaus beinhaltet sie die Neugestaltung der Weiterbildungszeiten, eine nachvollziehbare elektronische Dokumentation und die Vermittlung einer arztpregenden Haltung.



Die neue Weiterbildungsordnung stellt tatsächlich erworbene Kompetenzen in den Vordergrund

Die bisherige WBO orientiert sich – so Bartmann – lediglich an der formalen Einhaltung von gelisteten Inhalten und definierten Zeiträumen. Bei der neuen WBO steht die tatsächlich erworbene Kompetenz im Vordergrund. Dabei stellt sich zum Beispiel nicht mehr die Frage, wie oft eine Operation ausgeführt wurde, sondern wie gut. Ob die Weiterzubildenden das jeweilige Lernziel in zwei Monaten oder zwei Jahren erreichen, spielt also keine zentrale Rolle mehr. Die Weiterbildungsbefugten sind vielmehr gehalten, sich primär an den Inhalten zu orientieren, der Zeitfaktor ist also nur noch als Surrogat für die Befugniserteilung zu werten.

Ein neues modulares System teilt die Inhalte der Weiterbildung in Kompetenzblöcke auf – zum einen auf der Kompetenzebene „Kennen und Können“ und dann auf der Kompetenzebene „Beherrschen“. Die Module werden künftig ab einer Weiterbildungszeit von drei Monaten anerkannt. Es ist möglich, die Module sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor abzuleisten.



Weiterbildungsbefugnisse müssen jeweils für Teilgebiete beantragt werden, eine komplette Weiterbildung ist also wahrscheinlich in Zukunft nur selten an einem Weiterbildungszentrum möglich. Die volle Weiterbildungsbefugnis ist allerdings wichtig für das Image einer Klinik im Kampf um Personal. Die Kliniken werden also, so Bartmann, Interesse an Rotationen haben, um Ärztinnen und Ärzte zu halten. Deutschland ist nach seinen Angaben fast das einzige Land, in dem man mit Erlangen der Approbation bereits ein Gehalt bezieht, obwohl die praktische Weiterbildung erst jetzt richtig beginnt. Ein Dilemma bleibt, dass der Arbeitgeber also Gehalt zahlen muss und daher nicht nur an der Weiterbildung, sondern auch an der geleisteten Arbeit interessiert ist.

Den Weiterbildnerinnen und Weiterbildnern werden die neuen Inhalte und ihre Verantwortung in speziellen „Train the Trainer“-Kursen vermittelt. Neu dabei ist die Haftung der Weiterbildner für das Erlernte. Wurde beispielsweise das korrekte Beherrschen einer Blinddarm-Operation dokumentiert und es kommt zu

einem Schadensfall durch eine falsche Operationstechnik, so sind künftig nicht nur die Operierenden, sondern auch die Weiterbildner der Operierenden hierfür haftbar.

Elektronische Logbücher sollen für Transparenz und Fairness sorgen

Das Erlernte muss in jährlichen Gesprächen dokumentiert werden. Dafür gibt es elektronische Logbücher, um durch mehr Transparenz auch vonseiten der Kammern mehr Unterstützung und auch Druck auf die Weiterbildner/-innen ausüben zu können. Sollte der Weiterbilder keine Logbücher führen, wird ihm die Weiterbildungsermächtigung entzogen. Die Möglichkeit der Willkür werde damit hoffentlich aufgehoben. Das Verhältnis zwischen Weiterbildungsbefugtem und Kammer als auch zwischen Weiterzubildenden und Weiterbildungsbefugten soll sich damit weiter zum Positiven verändern.

Eine Frage hat uns als Ärztinnenbund natürlich besonders interessiert: Wo

könnten Ärztinnen oder Ärzte insbesondere im Hinblick auf Familienfreundlichkeit und Work-Life-Balance in Zukunft von der neuen Weiterbildungsordnung profitieren? Die Antwort von Bartmann lautete: Vorteile können zum Beispiel die Blockschemata bieten, die auch in drei Monaten und gegebenenfalls ohne feste Arbeitsverträge zu absolvieren sind. Die Gesamtarbeitszeit ist flexibler – auch niedergelassene Kolleginnen und Kollegen können mit eingebunden werden. Einige Module sind auch durch Fortbildungsveranstaltungen zu erwerben. Und wer sich schnell Kompetenzen erarbeitet, kann die so gewonnenen Zeiten für die Familie nutzen. Außerdem sorgen die elektronischen Logbücher seiner Ansicht nach tatsächlich für mehr Transparenz und Fairness. Ganz herzlich danken möchten wir dem Verein „Frauen fördern die Gesundheit“ für die finanzielle Unterstützung dieses Vortrags. ◀

Dr. med. Tonia Iblher arbeitet in Teilzeit in einer hausärztlich-internistischen Allgemeinarztpraxis in Lübeck.

E-Mail: luebeck@aertzinnenbund.de



Foto: Privat

Warum der DÄB Genossin werden möchte

DR. MED. BARBARA SCHMEISER

Am letzten März-Wochenende 2017 wurde im Rahmen einer außerordentlichen Mitgliederversammlung darüber beraten, ob der Deutsche Ärztinnenbund die Gründung der ersten Ärztinnen-Genossenschaft in Deutschland aktiv unterstützt. Nach einer Diskussion, in der das Für und Wider ausführlich debattiert wurde, stand fest: Wir wagen es, die Ärztinnen-Genossenschaft soll gegründet werden. Dr. med. Barbara Schmeiser, Vizepräsidentin und Mitglied in der Genossenschafts-Arbeitsgruppe im DÄB, zeichnet nach, wie es dazu kam.

ärztin: Wie ist die Idee entstanden, eine Genossenschaft zu gründen, und welches Ziel verfolgt diese erste Ärztinnen-Genossenschaft?

Barbara Schmeiser: Es fing alles mit dem Workshop zum Thema „Welche Folgen hat die steigende Anzahl an Ärztinnen in der Medizin“ beim Weltärztinnenkongress in Wien an. Als Ärztinnen wollten wir nicht länger tatenlos zusehen, wie durch medizinische Versorgungszentren und das Aufkaufen von mehreren Praxen durch einzelne Ärzte, Ärztinnen nur noch im Angestelltenverhältnis beschäftigt werden. Wir wollen unsere Arbeitsbedingungen künftig selbst bestimmen, insbesondere wenn es um die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf, eine angemessene Bezahlung und ausreichend Zeit für die Patientinnen- und Patientenversorgung geht. Diese erste Ärztinnen-Genossenschaft soll durch neue Behandlungszentren und die Vernetzung von kleinen und größeren Praxen dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern und Zeit für Ganzheitlichkeit und Gendermedizin zu schaffen. Die künftigen Genossinnen sollen zudem am Gewinn beteiligt werden.

ärztin: Warum sollte die Entscheidung für dieses Pilotprojekt im Frühjahr und nicht erst im Herbst 2017 fallen?

Barbara Schmeiser: Wir planen, eine zusätzliche finanzielle Förderung beim Innovationsfonds für ein Pilotprojekt zu beantragen, die im Mai 2017 erfolgen muss. Für die Bewilligung einer Förderung durch den Innovationsfonds ist die Mitgliedschaft des DÄB in der Genossenschaft von essenzieller Bedeutung, da Banken und Krankenversicherungen als Antragspartner leichter gewonnen werden können. Eine Genossenschaft, die durch den DÄB eindeutig unterstützt wird, kann sich zudem besser durchsetzen.

ärztin: Besteht für die künftigen Mitglieder und auch den DÄB ein finanzielles Risiko?

Barbara Schmeiser: Nein, jede (juristische) Person, die Mitglied der Genossenschaft werden möchte, also auch der DÄB, muss einmalig etwas beisteuern. Die finanzielle Haftung ist hierbei auf den jeweiligen Genossenschaftsanteil begrenzt; beim Ausscheiden besteht für die Mitglieder ein Anspruch auf Rückzahlung des Geschäftsguthabens. Eine Genossenschaft ist übrigens die insolvenzsicherste Rechtsform in Deutschland.

ärztin: Wie viele DÄB-Mitglieder können sich vorstellen, Mitglied in der Genossenschaft zu werden?

Barbara Schmeiser: Wie viele es genau sein werden, können wir heute noch nicht sagen. Es gibt jedoch bereits einige Kolleginnen, die an der Genossenschaft teilhaben wollen. Es wird sicher auch auf die Höhe des Genossenschaftsanteiles ankommen, der voraussichtlich zwischen 300 und 3.000 Euro liegt. Die Vorteile bestehen darin, dass die Mitglieder die Leistungen des genossenschaftlichen Unternehmens selbst nutzen können. Außerdem ist die Genossenschaft einer Kapitalgesellschaft über eine Art Steuersparmodell gleichgestellt. Der Ein- und Austritt von Mitgliedern ist problemlos ohne notarielle Mitwirkung möglich.

ärztin: Wie geht es jetzt weiter? Wo wird die Genossenschaft angesiedelt sein, wer wird künftig für weitere Interessierte als Ansprechpartnerin fungieren?

Barbara Schmeiser: In der Arbeitsgruppe werden wir uns jetzt daranmachen, die Gründung der Genossenschaft vorzubereiten. Dazu wird ein Vorstand gewählt, der als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Parallel dazu werden wir den Antrag für den Innovationsfonds ausarbeiten, um die Frist im Mai 2017 einhalten zu können. ◀

Das Gespräch führte Gundel Köbke.

E-Mail: barbara.schmeiser@gmx.de

EINLADUNG ZUR REGULÄREN MITGLIEDERVERSAMMLUNG AM 06. 10. 2017 IN BERLIN

Aufruf zur DÄB-Vorstandswahl im Herbst 2017: Kandidatinnen erwünscht

Liebe Kolleginnen,
Ihr Engagement ist gefragt!

Im Oktober 2017 läuft die Amtsperiode des Vorstands des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB) aus und es wird neu gewählt. Deshalb möchten wir alle engagierten Kolleginnen bitten, über die aktive Mitgestaltung in unserem Verband nachzudenken.

Zu wählen sind: die Präsidentin, zwei Vizepräsidentinnen, die Schriftführerin, die Schatzmeisterin und zwei Beisitzerinnen. Eine Beisitzerin übernimmt gleichzeitig die Aufgabe der Nationalen Koordinatorin (National Coordinator) als Verbindung zum Weltärztinnenbund MWIA (Medical Women's International Association). Eine der beiden Beisitzerinnen kommt aus der Gruppe der ordentlichen Mitglieder unter 40 Jahren.

Alle Kolleginnen, die sich angesprochen fühlen und ordentliches Mitglied des DÄB sind, sollten jetzt eine mögliche Kandidatur für diese Aufgaben erwägen und die Chance nutzen, sie in ihrer DÄB-Gruppe, im Beirat und mit den derzeitigen Vorstandskolleginnen zu diskutieren.

Laut Satzung müssen die jeweiligen Vorschläge von zehn Mitgliedern mit der Bereitschaftserklärung zur Kandidatur spätestens drei Monate vor der Wahl, das heißt bis zum **06.07.2017**, der Wahlleiterin Christine Hidas per Mail (hidas@gmx.de) oder

per Post vorliegen. Die entsprechenden Formulare sind bei Frau Baddack in der Geschäftsstelle Berlin unter gsdaeb@aerztinnenbund.de anzufordern und möglichst bis zum **30.05.2017** im Original per Post bei der Wahlleiterin Christine Hidas (Ludwigshöhe 80, 64285 Darmstadt) einzureichen.

Für die Veröffentlichung in der **ärztin** 02/17 wird eine Kurzvorstellung mit Werdegang, Arbeitsschwerpunkten in der Vorstandsarbeit und persönlichen Interessen im Word-Format sowie ein farbiges Porträtfoto (jpg) mit mindestens 300 dpi Auflösung per Mail an die Wahlleitung (hidas@gmx.de) und an Gundel Köbke von der Redaktion der ÄRZTIN (presse@aerztinnenbund.de) erbeten. Der Textumfang sollte 2.000 Zeichen inklusive Leerzeichen nicht überschreiten und bis zum Redaktionsschluss am **28. Juni 2017** eingehen.

Bei Fragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung und hoffen auf reges Interesse.

Der Wahlausschuss & die Gruppe Frankfurt im März 2017

Wahlausschuss 2017: Christine Hidas (Wahlleitung), 1. Vorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt, Sabine Schlitt (stellvertretende Wahlleitung) und Dr. med. Tanja Kobuß

Hinweise zur Briefwahl

Wenn Sie nicht zur Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. DÄB kommen können, haben Sie die Möglichkeit der Briefwahl. Die Unterlagen hierfür können ab sofort angefordert werden und werden Ihnen ab **01.08.2017** zugeschickt. Für die Anforderung der Wahlunterlagen benutzen Sie bitte den unten angegebenen Anforderungscoupon.

Laut Wahlordnung müssen die Anträge auf Briefwahl spätestens zwei Wochen vor der Wahl, das heißt am **22.09.2017** bei der Wahlleiterin Christine Hidas schriftlich per Post eingegangen sein. Die ausgefüllten Unterlagen zur Briefwahl müssen bis spätestens

04.10.2017 (= 48 Stunden vor Beginn des Wahlgangs) der Wahlleiterin vorliegen.

Die Wählerinnenliste wird drei Monate vor der Wahl erstellt und kontinuierlich durch die neu eingetretenen Mitglieder ergänzt. Gegen die Liste kann Einspruch erhoben werden; über diesen entscheidet der Wahlausschuss. Die Art der Bekanntgabe der Wählerliste sowie die Fristen für die Einsicht- und Einspruchsmöglichkeiten bestimmt der Wahlausschuss. Noch bis **31.07.2017** kann außerdem die Wählerliste in der Geschäftsstelle des DÄB in Berlin und bei der Wahlleiterin eingesehen werden. Die Einspruchsfrist endet am **01.08.2017**. Nach Ablauf dieser Frist können nur noch nach dem 01.08.2017 neu eingetretene Mitglieder Einspruch bis zum **30.08.2017** erheben.

----- ✂
An die Wahlleiterin Christine Hidas, Ludwigshöhe 80, 64285 Darmstadt

Briefwahantrag für die Vorstandswahl des Deutschen Ärztinnenbundes e.V.

Hiermit fordere ich meine Wahlunterlagen für die Vorstandswahl des Deutschen Ärztinnenbundes am 06.10.2017 in Berlin an. Ich bin stimmberechtigtes Mitglied im Deutschen Ärztinnenbund e.V. Ein mit 1,45 Euro frankierter und adressierter DIN-A5-Antwortumschlag ist beigelegt.

Name, Adresse _____

Datum/Unterschrift _____

DÄB-REFERENTINNEN IM STÄDTISCHEN KLINIKUM MÜNCHEN

Gendermedizin: Relevanz für die klinische Versorgung

Unter dem Titel „Geschlechterperspektive in die klinische Versorgung – Nutzen für alle“ hatte das Städtische Klinikum München im November 2016 zu einem Symposium eingeladen. Wenn Medizin eine differenziertere Perspektive einnimmt, dient dies beiden Geschlechtern. Eine größere Zielgenauigkeit in Diagnostik und Therapie kann helfen, Kosten zu sparen und Unter- beziehungsweise Fehlversorgung zu vermeiden. Das Publikum diskutierte mit renommierten Referentinnen – darunter Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk, Vorstandsfrau der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM) und DÄB-Vizepräsidentin, sowie Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, Präsidentin des Weltärztinnenbundes – wie Versorgungs- und Behandlungsleitlinien sowie Geschlechtsunterschiede noch systematischer berücksichtigt werden können. ◀



Foto: Städtisches Klinikum München

Die Referentinnen und Referenten beim Gendermedizin-Symposium des Städtischen Klinikums München – darunter Dr. med. Astrid Bühren, Ehrenpräsidentin des DÄB (1.v.l.), Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, Präsidentin des Weltärztinnenbundes (3.v.l.), Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin (4.v.l.) und die Moderatorin Dr. med. Didona Weippert, Regionalgruppenvorsitzende des DÄB Bayern-Süd.

Städtisches Klinikum München nimmt Geschlechterperspektive ernst

Die Veranstaltung soll nachhaltige Wirkung für Münchener Patientinnen und Patienten entfalten. Die Angebote, die das Städtische Klinikum München plant, reichen von der Ausbildung in der Gendermedizin für Medizin-Studierende im Praktischen Jahr über Schulungen für alle Berufsgruppen bis hin zur Einbeziehung von geschlechterspezifischen Aspekten in Fachveranstaltungen mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten.

Auch in der klinischen Patientenversorgung soll die Gendermedizin künftig noch stärker berücksichtigt werden – von der Anpassung des Anamnesegesprächs bis zu neuen Angeboten wie zum Beispiel einer Jungensprechstunde in der Urologie.

Zudem wird in einem Projekt die elektronische Dokumentation der Arzneimitteltherapie eingeführt. Das System soll Ärztinnen und Ärzte bei Verordnungen gezielt auf geschlechtsspezifische Aspekte sowie Dosierungsunterschiede von Arzneimitteln aufmerksam machen. (aus: Presstext des Klinikums) ◀

TAGUNG FORUM 40 PLUS IM NOVEMBER 2016 IN FRANKFURT AM MAIN

Und plötzlich ist die Taille weg: Ernährung in und nach den Wechseljahren

Zum Kennenlernen der neuen Forum-40-plus-Mitglieder und zu einem ersten Gedankenaustausch versammelten wir uns am Freitagabend in der traditionellen Äpfelwoi-Kneipe „Zur schönen Müllerin“, wo wir typische Frankfurter Gerichte wie die Grüne Soße genießen konnten.

Am Samstag trafen sich die 20 Teilnehmerinnen zum Seminar im Historischen Rathaus Seckbach, um über metabolisch- bariatrische Chirurgie zu diskutieren. Dr. med. Heike Raestrup, Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie, referierte anstelle einer erkrankten Kollegin über Indikation und Durchführung der Adipositaschirurgie. Die S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas steht zurzeit zur Aktualisierung an, entsprechend ist der Begutachtungsfaden des MDK noch nicht neu erschienen.

In der „Menufaktor“ im Frankfurter Osten konnten wir unter Anleitung von zwei Jungköchen ein Vier-Gänge-Menü kochen und anschließend genießen.

Wir danken dem Verein Frauen fördern Gesundheit e. V. für die finanzielle Unterstützung, Heike Raestrup für die tolle Organisation des Seminars und freuen uns auf die nächste Veranstaltung am Eröffnungswochenende der documenta 14 in Kassel vom 9. bis zum 11. Juni 2017. Die Mitgliederversammlung des Forums 40 plus findet während des 35. Kongresses des DÄB in Berlin vom 5. bis zum 8. Oktober 2017 statt. ◀

Mitgeteilt von Dr. med. Heike Raestrup,
Schriftführerin Forum 40 plus.



Foto: Dr. med. Marion Werner

Teilnehmerinnen beim Kochkurs in der Menufaktor



DÄB UND GDI AN DAS BUNDES- GESUNDHEITSMINISTERIUM



Auszüge aus der gemeinsamen Stellungnahme zur Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ)

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit möchte ich als Präsidentin der Fachgesellschaft Gender Dentistry International (GDI) und gemeinsam mit der Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB), Dr. med. Christiane Groß, M.A., zu dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMB) zur Neuregelung der zahnärztlichen Ausbildung Stellung nehmen. Ich bin zugleich Mitglied des Deutschen Ärztinnenbundes, in dem neben Ärztinnen aller Fachrichtungen auch Zahnärztinnen und Zahnmedizin studierende als Adressatinnen des Entwurfs vertreten sind. (...)

Seitens des Deutschen Ärztinnenbundes und des GDI e.V. begrüßen wir die Einführung der neuen Approbationsordnung für Zahnärzte (AOZ) und ihre grundsätzlichen Ziele. (...) Erfreulich ist, dass der Begriff „Zahnärztin“ im Referentenentwurf explizit genannt wird, wenn auch das Wort „Zahnarzt“ vorkommt. Deshalb ist es sicher nur ein Versehen, dass im Titel des Entwurfs die weiblichen Mitglieder des Berufsstands nicht genannt werden. Nicht zuletzt wegen des stark steigenden Frauenanteils – immerhin waren im Wintersemester 2015/2016 bereits 64,1 Prozent der Berufsanfänger weiblich – halten wir es für dringend geboten, dass die Approbationsordnung dieser Entwicklung bereits in ihrem Namen Rechnung trägt und nicht nur eine „Approbationsordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte“ sein will, sondern auch so heißt.

Darüber hinaus sind die Querschnittsbereiche wie Gesundheitswissenschaften oder Medizin und Zahnmedizin des Alterns um eine Medizin und Zahnmedizin unter geschlechtsspezifischen Aspekten zu erweitern. Häufige Erkrankungen der Mundhöhle betreffen Frauen und Männer in unterschiedlicher Art und Weise. (...) Auch das Arzt-Patienten-Verhältnis, das Kommunikationsverhalten, Angst und Schmerzverarbeitung sowie das für die Prävention gesundheitsrelevante Verhalten zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede. All dies ist nicht nur für angehende Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte von großer Bedeutung. Geschlechtsspezifische Medizin und Zahnmedizin sollten sich daher als eigener Querschnittsbereich in der neuen Approbationsordnung wiederfinden. (...)

Zusammenfassend möchten wir feststellen, dass die geplante neue AOZ inhaltlich/fachlich um den Bereich Geschlechtsspezifische Medizin und Zahnmedizin erweitert werden muss. In der Bezeichnung der AOZ sollten beide Geschlechter angesprochen werden. Die geplante Absenkung der Studierendenzahlen um 6 Prozent ist vor dem Hintergrund eines steigenden Frauenanteils unter den Mitgliedern des Berufsstands kritisch zu sehen. Anstelle eines Krankenpflegepraktikums mit geringem Nutzen für die ambulante Versorgung von Patienten ist ein mehrmonatiges Praktikum in einem zahntechnischen Labor in die Approbationsordnung aufzunehmen, das den Studierenden ermöglicht, umfassende Kenntnisse über den neuesten Stand des zahntechnischen Wissens zu erwerben. (16.12.16)

Priv. Doz. Dr. med. Dr. med. dent. Christiane Gleissner,

Poliklinik für Zahnerhaltungskunde der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz,
unimedizin-mainz.de/zahnerhaltungskunde/das-team

Präsidentin der Fachgesellschaft Gender Dentistry International e.V., gd-i.org

Mitglied des Deutschen Ärztinnenbundes e.V., aertinnenbund.de

E-Mail: christiane@gleissner.de

Dr. med. Christiane Groß, M.A.

Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e.V. (DÄB), aertinnenbund.de/Vorstand.0.175.1.html

E-Mail: daeb@cgross.de

WIR GRATULIEREN



Prof. Dr. med. Katja Kollwe, Funktionsoberärztin, Fachärztin für Neurologie, Qualitätsmanagement an der Medizinischen Hochschule Hannover, Neurologische Klinik mit Klinischer Neurophysiologie, zur Verleihung der Bezeichnung außerplanmäßige Professorin.

E-Mail: Kollwe.Katja@mh-hannover.de

Dr. med. Ellen Lundershausen (Mitglied seit 2011, Gruppe Leipzig) zur Wiederwahl als Vizepräsidentin des Berufsverbandes der HNO-Ärzte.

E-Mail: lundershausen-hno@gmx.de

Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Meurer als erster Frau an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Die Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichheim in Frankfurt am Main hat zusammen mit dem Präsidenten Professor Dr. Ingo Marzi zum Jahreswechsel die stellvertretende Präsidentschaft der DGOU übernommen. Mit 10.000 Mitgliedern zählt die DGOU zu den größten Fachgesellschaften für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und ist die größte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Chirurgie (Mitglied seit 2008).

E-Mail: info@friedrichsheim.de

Prof. Dr. Birgit Seelbach-Göbel (Mitglied seit 2001, Gruppe Bayern-Mitte) zur Wahl als neue Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.

E-Mail: geburtshilfe@barmherzige-regensburg.de

REGIONALGRUPPE MÜNSTER

Traditioneller Neujahrsbrunch

Auch in diesem Jahr traf sich die Regionalgruppe Münster im Januar zum traditionellen Neujahrsbrunch bei ihrer Vorsitzenden Bettina Pfeleiderer zu Hause. 32 Kolleginnen trotzten Schnee und Glatteis, um Kolleginnen wiederzusehen, Neuigkeiten auszutauschen und sich an mitgebrachten Leckereien zu erfreuen. Natürlich wurde auch das neue Jahresprogramm



Neujahrsempfang der Gruppe Münster

vorgestellt. Der kulturelle Höhepunkt in diesem Jahr wird im September 2017 der Besuch mit Führung durch die Skulpturen- ausstellung sein. Wir sind schon sehr gespannt auf die Kunstwerke, die sicher auch diesmal die Münsteranerinnen und Münsteraner an- und auch aufregen werden. Im Juni planen wir eine gemeinsame Veranstaltung mit der Regionalgruppe Münster des Deutschen Juristinnen-Bundes (djB). Inzwischen ist diese alljährlich gemeinsame Veranstaltung mit den Juristinnen auch eine Tradition geworden. Die Regionalgruppe Münster ist gut vernetzt mit anderen Frauenorganisationen, was unsere Arbeit sehr bereichert. ◀

*Mitgeteilt für die Gruppe Münster von
Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer*

NEUE MITGLIEDER

- Bergmann, Christine**, Dr. med., 12205 Berlin
- Borgmann, Jeannine**, 20359 Hamburg
- Böhlen, Friederike**, Dr. med., 63115 Heidelberg
- Brandl-Naceta-Susic, Angelika-Maria**, Dr. med. dent., 40625 Düsseldorf
- Braun, Susanne**, 44789 Bochum
- Drießler, Christine**, 61267 Neu-Anspach
- Eckert, Juliane Beatrice**, 64289 Darmstadt
- Eckey, Gabriele**, 44651 Herne
- Fischer, Beate**, Dr. med., 23568 Lübeck
- Gerstenkorn, Hannah**, 81735 München
- Glaser, Friederike Anne**, 28195 Bremen
- Greiner-Simank, Karin**, Dr. med., 97074 Würzburg
- Grund, Anke**, Dr. med., 48165 Münster
- Härterich, Katharina**, Dr. med., 44799 Bochum
- Hogan, MBA, Barbara**, Dr. med., 21521 Aumühle
- Hoppe, Christiane**, 60388 Frankfurt am Main
- Jocher, Renate**, Dr. med., 97076 Würzburg
- Junkert, Brigitte**, Dr. med. Dipl.-Psych., 51377 Leverkusen
- Lammers, Ingrid**, 61350 Bad Homburg
- Mair, Eva-Maria**, Dr. med., 89073 Ulm
- Meyer, Linda**, Dr. med., 50937 Köln
- Michler, Helene**, 10559 Berlin
- Olischläger, Sabine**, Dr. med., 63486 Bruchköbel
- Proschek, Petra**, Dr. med., 65201 Wiesbaden
- Reitter, Anke**, Dr. med., 60594 Frankfurt am Main
- Schaar, Claudia**, Dr. med., 65189 Wiesbaden
- Schreinert, Agathe**, 44319 Dortmund
- Tadros, Anna**, 79110 Freiburg
- Terlunen-Helmer, Marie-Theres**, Dr. med., 48157 Münster
- Waltz, Emilia**, cand. med., 45130 Essen
- Weber, Katja**, Dr. med., 31134 Hildesheim
- Windemuth, Stephanie**, 93053 Regensburg
- Zöller, Carolin**, 60528 Frankfurt am Main



Foto: Privat

Hon.-Prof.ⁱⁿ Dr. phil.
Maria Linsmann, ab
sofort zuständig für
die „Silberne Feder“



Foto: Privat

Vorgängerin
Dr. phil. Barbara von
Korff Schmising

Abschied und Willkommen bei der Silbernen Feder

DR. BARBARA VON KORFF SCHMISING

Der Kinder- und Jugendbuchpreis des DÄB hat eine neue Geschäftsführerin und eine neue Vorsitzende.

Der Abschied von der „Silbernen Feder“, die ich zwei Jahrzehnte lang als Geschäftsführerin betreut habe und drei Jahrzehnte als Jurorin, ist gewiss eine allseits verständliche Entscheidung; umso mehr, als das weitere Geschick des Preises in gute Hände übergehen wird.

Ebenso wenig wie ich hatte Maria Linsmann am Ende ihres Studiums und zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn gehaut, dass sie je etwas mit dem Kinderbuch zu tun haben werde. Ihre wissenschaftlichen Schwerpunkte lagen in der Museumsarbeit und der zeitgenössischen Kunst. Ihr beruflicher Weg führte sie in das Rheinische Landesmuseum Bonn, in die Kunsthalle Bielefeld, in das Museum Morsbroich in Leverkusen und schließlich an das Bilderbuchmuseum der Stadt Troisdorf, das sie bis 2012 leitete und wo sie heute nach einer schweren Erkrankung als leitende Kuratorin tätig ist. Sie hat dort mehr als 70 Ausstellungen organisiert. Parallel zu diesen Aufgaben hatte sie zahlreiche Lehraufträge inne, unter anderem an der Universität Bonn und der Fachhochschule für Design in Bielefeld.

2016 wurde sie zur Honorarprofessorin für Kinder- und Jugendliteratur mit dem Schwerpunkt Illustration an der Universität Köln ernannt. Zu diesen Tätigkeiten kommt ihre große Erfahrung mit vielfältiger Juryarbeit, die sie unter anderem für den Deutschen Jugendliteraturpreis, den Literaturpreis der Stadt Hameln, den internationalen „Bologna Ragazzi Award“, „Die besten 7“ des Deutschlandfunks und den „Luchs“ von Radio Bremen und der ZEIT durchführte. Dadurch ist sie zu einem echten Profi in Sachen Kinder- und Jugendbuch geworden, und ihre Erfahrungen mit diesem besonderen Medium gehen über die Illustration und das Bilderbuch weit hinaus.

Maria Linsmann steckt voller Energie und Initiative. Auf ihre Professionalität, ihre Kenntnisse und ihre Vertrautheit mit Autoren, Illustratoren und Verlegern, kurz der gesamten Kinderbuchszene, kann sich der DÄB verlassen und last but not least auch auf ihren ganz persönlichen Einsatz. Maria Linsmann lebt mit ihrem Mann und ihren drei Kindern in Köln-Rodenkirchen.

Auch Frau Dr. Ute Otten hat den Vorsitz der „Silbernen Feder“ aus Altersgründen abgegeben. Neue Vorsitzende wird Dr. Astrid Bühnen, die die „Silberne Feder“ sowohl in ihrer Eigenschaft als Präsidentin des DÄB als auch als langjährige Jurorin unterstützt hat. ◀

Dr. Barbara von Korff Schmising war bis 2015 Geschäftsführerin der „Silbernen Feder“.

E-Mail: bschmising@gmx.de





BUCHBESPRECHUNG

Jörg Blech Gene sind kein Schicksal

Foto: Privat

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Der Autor Jörg Blech, Molekularbiologe und Journalist, ist seit einigen Jahren durch seine auflagenstarken und in viele Sprachen übersetzten Bücher wie unter anderem „Die Krankheitserfinder“ und „Heillose Medizin“ bekannt. Hervorzuheben ist seine vom eigenen Wissen geleitete sorgfältige Literaturrecherche, durch die zum Teil zunächst frappierend wirkende Aussagen glaubhaft nachgewiesen werden können.

Lange glaubte die Wissenschaft und eine interessierte Laienschar, dass wir von unseren Eltern einen genetischen Code erben, der durch die Abfolge der vier organischen Basen Adenin, Thymin, Guanin und Cytosin, die in wechselnder Reihenfolge die DNA-Sequenz festlegen, unveränderlich gegeben ist. Im Prinzip bleibt diese Annahme auch richtig. Aber durch moderne Wissenschaft und ausgeklügelte Methoden ist inzwischen bekannt, dass es Faktoren gibt, die – ohne unsere DNA-Sequenz zu verändern – von übergeordneter Position einwirken können. So werden variable Informationen an die Körperzellen gegeben und diese damit unabhängig vom genetischen Code beeinflusst. Dabei scheint die Methylierung von Cytosin eine besondere Rolle beim An- und Abschalten von Genen zu spielen.

Dieses aufregende und sich zunehmendem Forschungsinteresse erfreuende junge Fach ist die „Epigenetik“. Einblicke gab es auch bei dem Vortrag von Professor Annette Grüters-Kieslich anlässlich des vorletzten Kongresses des DÄB

2013 in Berlin. Jörg Blech beschreibt in seinem Buch viele Beispiele dafür, wie unsere festen Vorstellungen von genetischer Vererbung zu Klischeevorstellungen führen können: So können Mädchen angeblich keine Mathematik, eine klassische „self fulfilling prophecy“. Alle möglichen Künste, Fertigkeiten usw. sind angeblich genetisch fixiert.

Fast wöchentlich wird ein neues Gen entdeckt und diese Entdeckung mithilfe der Medien unters Volk gebracht, egal, ob es sich um Gallensteine, Starsinn, das Sieger-Gen, Homosexualität, Haarausfall, Herzinfarkt oder das Langzeitgedächtnis und vieles andere mehr handelt. Der Weg in die sogenannte „personalisierte Medizin“ – weg von den Einflüssen der (veränderbaren!) Umwelt – ist damit vorgezeichnet und spornt die Suche nach Gendiagnostik und lukrativen Gentherapien an. Diese werden jedoch zum Verhängnis, wenn die enorme Bedeutung von Umweltfaktoren einschließlich Körperkontakt, Zuwendung und Sozialisation, die leider vor allem aus tierexperimentellen Untersuchungen bekannt sind, dabei auf der Strecke bleibt.

Lange wurde der Einfluss der Umwelt auf Krebserkrankungen ausschließlich über Gen-Mutationen erklärt: Tabakrauch, Strahlung, Anilinfarben verändern den genetischen Code und führen zu einer Kettenreaktion mit beginnendem Kontrollverlust über das Zellwachstum bis zum manifesten Tumor. Allerdings ist dies nur ein Teil der Wahrheit: Zunehmendes Interesse gilt der epigenetischen Steuerung, der Epimutation, durch

die die Gene direkt gesteuert werden. Dabei bleibt unbestritten, dass es circa 6000 seltene genetische Erbkrankheiten gibt. Kurz und gut – das Buch ist eine Fundgrube für solche, die schon immer Zweifel an den Aussagen von einigen Experten hegten, und ich empfehle es als Lektüre. ◀



Jörg Blech: *Gene sind kein Schicksal – Wie wir unsere Erbanlagen und unser Leben steuern können.* S. Fischer Verlag GmbH, www.Fischerverlag.de

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Vizepräsidentin des DÄB.

E-Mail: gabriele.kaczmarczyk@charite.de

Aus dem MWIA Newsletter Nr. 68 Dezember 2016

Prof. Dr. med. Dr. rer. Bettina Pfeleiderer aus Deutschland (Präsidentin), Dr. Shelley Ross (Geschäftsführerin) aus Kanada und Dr. Clarissa Fabre (designierte Präsidentin) aus Großbritannien sowie Prof. Dr. Khatuna Kaladze (MWIA-Vizepräsidentin Zentraleuropa) besuchten im November 2016 den zentraleuropäischen MWIA-Regionalkongress mit dem Thema „Die Gesundheit von Frauen und Kindern in der Russischen Föderation: soziale und gesundheitliche Aspekte“. Es war der erste MWIA-Kongress in Russland, der von der neu gegründeten Vereinigung der russischen Ärztinnen und deren Präsidentin Prof. Dr. Olga Gonchorova organisiert wurde. Der Weltärztinnenbund konnte sich mit seinen Projekten im russischen Parlament vorstellen. Die Vorsitzende des Publikations-Subkomitees des 100-Jahre-Jubiläum-Vorbereitungskomitees, Dr. Helen Goodyear, ver-

sandte an alle nationalen Gruppen eine Umfrage zu der geplanten Buchveröffentlichung „100 Jahre auf 100 Seiten.“

Für das Online-Training-Modul zu Gewalt gegen Frauen <https://mwiaviolencemanual.wordpress.com> bitte Fälle an die Präsidentin des Weltärztinnenbundes senden:

E-Mail: president@mwia.net

Im MWIA wird aktuell an der Website gearbeitet sowie an Flyern und Richtlinien für die Hauptversammlungen. Darüber hinaus beschäftigt sich der MWIA unter anderem mit den Aktivitäten zur 100-Jahr-Feier, Projekten zur Gendermedizin und einer Befragung zu sexueller Belästigung von Medizinstudentinnen und Ärztinnen. Geplant wird ein neues MWIA-Programm: „Freundinnen des MWIA“, mit dem MWIA-Mitglieder spezifische Projekte finanziell unterstützen können.

Reisekosten werden an Übersee-Institutionen oder Forschungsgruppen vergeben.

<https://www.regonline.co.uk/builder/site/default.aspx?EventID=1857489>

Der Ärztinnenbund Latein- und Pan-Amerika trifft sich vom 17. bis 20. Mai 2017 in Panama City.

E-Mail: gy.moreno@yahoo.es

Das Jahrestreffen der italienischen Ärztinnen **vp_southern-europe@mwia.net** findet vom 26. bis 28. Mai 2017 in Trieste, Italien, statt.

Der amerikanische Ärztinnenbund AMWA (American Medical Women's Association) richtet eine Ausstellung zu Ärztinnen im Ersten Weltkrieg über Ärztinnen in Amerika und in anderen Ländern aus. **<https://www.amwa-doc.org/wwi-exhibition/>** Vom 30. März bis zum 2. April 2017 findet das 102. AMWA-Treffen in San Francisco, Kalifornien, statt.

Das Treffen des Western Pazifik Ärztinnenbundes **vp_western-pacific@mwia.net** wird vom 25. bis 27. August 2017 in Hongkong stattfinden.

Der MWIA-Newsletter kann in englischer Sprache unter **<http://mwia.net/mwia-newsletters/>** abgerufen werden.

Das Nordeuropäische Ärztinnenbundtreffen und die 100-Jahr-Feier werden vom 10. bis zum 13. Mai 2017 in Großbritannien stattfinden: **www.medicalwomensfederation.org.uk**

Das nächste Update erscheint im März 2017.

Mitgeteilt von Dr. med. Gudrun Günther,
National Coordinator beim DÄB

MWF-Mitglieder können sich für ein Dorothy Ward International Reisestipendium bewerben, 1.000 Britische Pfund für

E-Mail: gudrun.guenther@kinderkliniken.de

