

Ein guter Start 2009!

Eine Ärztekammer muss sich in zwei Richtungen behaupten: nach innen gegenüber ihren Mitgliedern, nach außen gegenüber Politik und Gesellschaft. Das Privileg der Selbstverwaltung ist nicht selbstverständlich. Es muss kontinuierlich durch Problemlösungskompetenz und Gemeinnutz in Sachen „Gesundheit“ erarbeitet werden. Wie machen wir das?

Am 27. Januar wird der Vorstand der Ärztekammer Berlin seit zehn Jahren von einer großen Koalition aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten gebildet. Die Listen der Allianz, des Marburger Bundes und des Hausärzterverbandes haben sich einem Kurs der Sachbezogenheit, Offenheit, Kooperation und Eigenständigkeit verschrieben. Dieser Kurs ist erfolgreich. Die Ärzteschaft Berlins wird zunehmend als politischer Partner und Gestalter geschätzt. So sei federführend für viele Themen, die der Vorstand in den letzten zehn Jahren auf den Weg gebracht hat, das eher heikle Thema „Patientensicherheit“ erwähnt.

Im November 2001 gestalteten wir erstmals ein Schwerpunktheft der BERLINER ÄRZTE damit. Im Jahr 2002 wurde der Berliner Gesundheitspreis zu diesem Thema ausgeschrieben, mit sehr erfreulichen Ergebnissen. Der starke Partner dieses Preises, der AOK- Bundesverband, ließ sich 2004 davon überzeugen, dass eine Netzwerkorganisation, also Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe, offen und transparent, der beste Weg wäre, das Thema weiter zu fördern. Im gleichen Jahr bewies die Fachgesellschaft GQMG (www.gqmg.de), dass zahlreiche Projekte nur darauf warteten, endlich eine breite Platt-



Foto: Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz
(Chirurg)

Präsident der Ärztekammer Berlin

form zu bekommen. Diese wurde für die Ärzteschaft durch den einstimmigen Beschluss auf dem Deutschen Ärztetag in Berlin im Jahre 2005 gebahnt. Parallel dazu wurde das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ gegründet. Mit dem Gründungsmitglied Ärztekammer Berlin wurden zahlreiche Arbeitsgruppen etabliert, die konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Patientensicherheit erarbeiteten, so zur Einführung von Fehlerlernsystemen oder zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen. Vorarbeiten, wie das führende Curriculum „Patientensicherheit“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (www.aezq.de) werden über das Aktionsbündnis verbreitet und implementiert.

Die internationale Aufmerksamkeit bezogen auf die aktive Rolle der Ärzteschaft ist bemerkenswert. Im März stellen wir uns beim Weltkongress zur Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung dem Vergleich. Gesundheitspolitisch ist die Befassung mit der „Patientensicherheit“ ein Baustein, Willkür auszuschließen. Die Glaubwürdigkeit und das Ansehen der Ärzteschaft sind gestärkt.

In diesem Sinne hat der Vorstand mehr als nur „seine Hausaufgaben“ gemacht. Die Herausforderungen im neuen Jahr liegen in der Fortsetzung der Professionalisierung der Arbeit der Ärztekammer. Persönliches Engagement ist wichtig, aber kein Ersatz für schnelle und sachgerechte Arbeit. Dies

betrifft beispielsweise die Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Inzwischen konnten einfachere Regeln und Abläufe etabliert werden, die die Entscheidungen beschleunigen und ehrenamtliche Arbeit entlasten. Die zweite Baustelle wird die Ärzteversorgung sein. Auch wenn wir bislang von den Auswirkungen der Finanzkrise einigermaßen verschont geblieben sind, ist nicht vorherzusehen, ob das auch 2009 so bleibt. Auch hier wird über professionellere Strukturen und Steuerungsmechanismen nachgedacht.

Die Professionalität wird mit dem neuen Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin, Herrn Michael Hahn, fortgeführt. Herzlich willkommen! Gerhard Andersen, der uns zehn Jahre hervorragend begleitet und mehr als unterstützt hat, sei bedankt und für den nächsten Lebensabschnitt mit den besten Wünschen, Kraft und Gesundheit versehen!

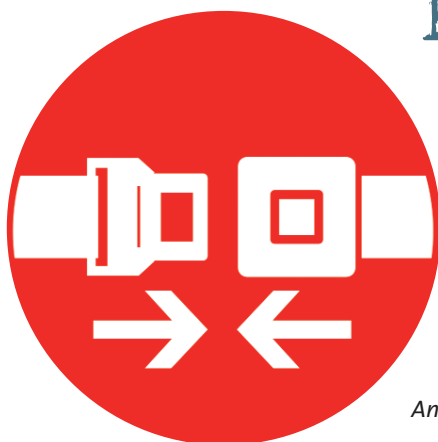
Dies alles geschieht, wie oben erwähnt, auf dem Boden der Sachlichkeit, Offenheit und Zusammenarbeit. Klassische Verbandspolitik darf gern woanders stattfinden. Gerade in Krisenzeiten ist Kooperation und Geschlossenheit wichtig. Noch besser, wenn man dann auch noch die besseren Strategien und Lösungen parat hat.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen ein gesundes, glückliches und erfüllendes neues Jahr.

Ihr

TITELTHEMA.....

Patientensicherheit / F



Fehler in der Medizin: Das Interesse der deutschen Ärzteschaft, dem Übel über ein neue Sicherheitskultur und die systematische Aufarbeitung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen entgegenzutreten ist groß wie nie. Seit die Ärztekammer Berlin 2001 als erste im Lande das Thema aufrollte, ist viel passiert. Über den Status quo berichtet *Sonja Barth*14

Netzwerk CIRS Berlin

Die Ärztekammer Berlin baut gerade ein regionales Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Medizin auf. Was das Projekt leisten will und wie es funktioniert erläutert *Angelika Mindel-Hennies*20

Aktive Rolle der Ärzteschaft

Interview mit Günther Jonitz, dem Präsidenten der Ärztekammer Berlin.....21

MEINUNG.....

Guter Start 2009

Von Günther Jonitz..... 3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*..... 6

Pädiatrische Prüfkonzepete in der Arzneimittelentwicklung

Informationen des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Online-Fortbildungskonten Anmeldung leichter als gedacht

Der Login im Mitgliederportal der Ärztekammer ist kinderleicht und verschafft Ihnen Zugang zu Ihrem Fortbildungskonto. Hier zeigen wir Ihnen, wie es geht.

Von Sascha Rudat..... 22

Befreiung von Kammerbeiträgen für untere Einkommen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 12. November 2008

Von Sascha Rudat..... 26

Exzellente Versorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin

Bundesweit gesehen sterben in der Hauptstadt die wenigsten Menschen an einem Myokardinfarkt. Dieses erfreuliche Ergebnis präsentierte das Herzinfarktregister kürzlich in Berlin.

Von Sascha Rudat..... 29

Wer soll sterben, wenn nicht alle leben können ?

Transplantationsprobleme standen im Fokus einer Tagung bei der Bundesärztekammer.

Von Rosemarie Stein 31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen..... 10

Die jährliche Fortbildungsveranstaltung der Bundesinstitute 11

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin 24

FEUILLETON.....

Memento mori – Carpe diem !

Eine Ausstellung im Medizinhistorischen Museum rückt den „Totentanz“ ans Licht.

Von Rosemarie Stein 34

Impressum 42

Neuer Online-Auftritt der Ärztekammer Berlin

Der Internet-Auftritt der Ärztekammer Berlin erscheint ab Mitte Januar in neuem Look. Nicht nur farblich, auch strukturell wurde das Angebot völlig neu gestaltet. Erstmals gibt es für die vier Nutzergruppen „Ärzte“, „Medizinische Fachangestellte“, „Bürger“ und „Presse“ jeweils eigene Portale, auf denen die für die jeweilige Zielgruppe wichtigen Informationen gebündelt sind und schnell gefunden werden können. Das schnelle Suchen und Finden wird von einem neuen Farbdesign unterstützt. Neben dem Markenblau der Ärztekammer Berlin, das im „Kopf“ mitläuft und „Links“ unterlegt, wird nun mit Grautönen und einem dunklen Braunrot als Stützfarbe für die Überschriften gearbeitet. Die Farbigkeit ist ruhig gehalten, das Schriftbild leicht und luftig. Ruhe soll auch die Homepage ausstrahlen, die statt mit Meldungen und Detailinformationen zunächst ausschließlich mit dem Portaleinstieg aufwartet. Neu ist ein am unteren Rand der Homepage mitlaufender News-Ticker, auf dem die Überschriften der zehn neuesten Informationen als laufendes Schriftband erscheinen.

Alle Portale erhalten auf der ersten und zweiten Ebene einen eigenen Fotostreifen, der die Orientierung erleichtert und auf die Zielgruppe zugeschnitten ist.

Viele Details wurden technisch überarbeitet. Neu sind beispielsweise Schnellzugänge zu besonders wichtigen Funktionen wie dem Online-Mitgliederportal oder dem Veranstaltungskalender, die im Ärzte-Portal über Buttons am rechten Rand direkt angefahren werden können. Viele Texte wurden überarbeitet, gekürzt und zugespitzt, Informationen aufeinander abgestimmt und entrümpelt.

Das Informationsangebot der Bereiche

Völlig neu aufgestellt wurde das Kapitel „Fortbildung“, das jetzt die wichtigsten Informationen für Ärzte zur Fortbildungspflicht und zum Punktekonto in einem eigenen Kapitel „Fragen & Antworten“ systematisch aufbereitet. Alle Fragen und Antworten können als PDF-Datei heruntergeladen werden. Ein großer Downloadbereich bietet alle Merkblätter und Dokumente nach Zielgruppen sortiert zum Herunterladen an.

Eine wichtige Neuerung gibt es im Kapitel „Qualitätssicherung“, dort ist gleich am rechten Rand der Zugang zum Fehlermeldesystem CIRS möglich. Nicht nur Teilnehmer des Berliner Modellprojektes CIRS, sondern auch die interessierte Öffentlichkeit kann hier den Berichtepool einsehen. Damit werden wichtige Informa-



tionen zur Fehler-Früherkennung und -vermeidung auch für Ärzte nutzbar, die in ihrer eigenen Arbeitsumgebung über kein systematisches Fehlerberichtssystem verfügen.

Völlig neu wurde das Portal für Bürger gestaltet. Es enthält Tipps zur Arztsuche, Hinweise und Erläuterungen zu empfehlenswerten, da industrieunabhängigen Gesundheitsportalen, zu den wichtigsten Beratungsinstitutionen und den besten Krankenhaus-Suchmaschinen. Neu ist auch das Portal „Wir über uns“. Erstmals ist hier ein historischer Text zur Kammer-

geschichte integriert. Völlig neue Texte entstanden zum Zusammenspiel zwischen Haupt- und Ehrenamt. Berufspolitisch interessierte Ärztinnen und Ärzte, die sich für eine Mitarbeit in den Gremien interessieren, finden gute Informationen zum Einstieg und zur Kontaktaufnahme mit den Berufspolitischen Listen.

sygo

Nutzer, die uns ein Feedback zu unserem neuen Online-Auftritt geben möchten oder weitere Anregungen haben, können uns unter online@redaktion@aekb.de anschreiben.

Gutachten

Rechtzeitig Entschädigung beantragen!

Ärzte, die als Sachverständige Gutachten für Gerichte und Behörden nach dem Justiz-Vergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) anfertigen, mögen bitte darauf achten, ihre Anträge auf Entschädigung rechtzeitig zu stellen. Groß ist der Ärger, wenn die gesetzlich vorgeschriebenen Fristen hier versäumt wurden und Gutachter am Ende leer ausgehen. Entschädigungsanträge müssen spätestens drei Monate nach Eingang des Gutachtens bei der heranziehenden Stelle gestellt werden.

Ausnahmen bestehen nur, wenn die Frist ohne Verschulden des Arztes nicht eingehalten werden konnte. Nur in einem solchen Fall gewährt das Gericht auf Antrag Wiedereinsetzung in den vorherigen Stand, wenn der Arzt innerhalb von zwei Wochen nach Beseitigung des Hindernisses den Anspruch beziffert und die Tatsache glaubhaft macht, die eine Wiedereinsetzung begründen.

sygo

Transfusionsgesetz

Verbrauch von Blutprodukten bitte melden

Der Verbrauch von Blutprodukten muss jährlich dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als zuständiger Bundesoberbehörde gemeldet werden. Die Regelungen dafür finden sich im § 21 des Transfusionsgesetzes (TFG). Das Institut weist darauf hin, dass zwischen dem 1. Januar und dem 1. März jeden Jahres alle Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, dem PEI Angaben zum Umfang des Verbrauchs im vergangenen Kalenderjahr melden müssen.

Das PEI ruft daher alle Transfusionsbeauftragten und Transfusionsverantwortlichen auf, bei der vollständigen Erfassung des Verbrauchs von Blutprodukten mitzuwirken. Die Meldung erfolgt online auf Formularen im Internet. Auf der Internetseite www.pei.de/tfg-21 finden sich neben dem Zugang zur Online-Meldung weitere Informationen. Wer noch keine Zugangsdaten erhalten haben sollte, kann seine Einrichtung auf der Internetseite www.tfg.pei.de anmelden.

Bereits seit dem Jahr 1998 werden Daten zu Herstellung und Verbrauch von Blutkomponenten und Blutprodukten erhoben. Die Frage, inwieweit Deutschland in der Lage ist, sich mit Blutkomponenten und Blutprodukten selbst zu versorgen, kann allerdings noch immer nicht zuverlässig beantwortet werden. So ist für das Jahr 2007 wegen fehlender Verbrauchsmeldungen keine Aussage über den Verbleib von mehr als 445.000 Erythrozytenkonzentraten möglich. Dies entspricht etwa 10% der hergestellten Menge. Eine solide Datenbasis über den Versorgungsgrad ist jedoch als Entscheidungshilfe bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit von Blutprodukten unerlässlich. Im Sinne des TFG sind solche Maßnahmen auch immer im Hinblick auf eine gesicherte Versorgung der Bevölkerung zu treffen.

Die Meldung nach § 21 TFG ist auch Teil der Bewertung eines funktionierenden Qualitätssicherungssystems in der Transfusionsmedizin durch die Landesärztekammern – sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich. Das PEI bietet Transfusionsbeauftragten eine einfache Möglichkeit, ihre Meldungen für ihre Landesärztekammer zu dokumentieren. Alle melderbezogenen Daten müssen gemäß TFG streng vertraulich behandelt werden. Die erhobenen Zahlen werden nur anonymisiert veröffentlicht. Alle Berichte können auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.pei.de/tfg-21 abgerufen werden.

Haben Sie Fragen zur Online-Meldung nach § 21 TFG oder Probleme bei der Dateneingabe? Rufen Sie an unter der Telefonnummer 06103/77-1862 oder schicken Sie eine E-Mail an tfg-21@pei.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurde uns folgende Änderungen gemeldet:

Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Zusätzlich zu seiner Tätigkeit als

Chefarzt der Neonatologie und Pädiatrie hat Priv.-Doz. Dr. Frank Jochum die Funktion des Ärztlichen Direktors übernommen. Sein Vorgänger, Dr. Joachim von Bülow, ist weiter als Chefarzt der Laboratoriumsmedizin tätig.

Vivantes Klinikum Neukölln

Seit 1. November ist Dr. med. Thomas

Rogge neuer Leiter des Vivantes Instituts für Laboratoriumsdiagnostik. Er war zuvor Leitender Oberarzt im Zentrallabor des Instituts. Dr. Rogge ist Nachfolger von Priv.-Doz. Dr. Hans-Ake Fabricius, der das Unternehmen verlassen hat.

Vivantes Klinikum Spandau

Neuer Chefarzt der dermatologischen

und allergologischen Abteilung wird zum 1. März Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Harth (z.Zt. Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor im Klinikum Friedrichshain). Dr. Gisela Albrecht, deren Nachfolge Dr. Harth antritt, wird in den Ruhestand verabschiedet.

HELIOS Klinikum Berlin-Buch

Priv.-Doz. Dr. Thomas Herold, bisher Lei-

tender Oberarzt im Institut für Radiologie des Universitätsklinikums Regensburg, ist neuer Chefarzt des Instituts für Röntgendiagnostik. Er folgt Prof. Joachim Wildberger, der einen Ruf der Europauniversität in Maastricht angenommen hat.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199

E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

ANZEIGE

Neue Mutterschaftsrichtlinie beachten

Vor einem Jahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Mutterschaftsrichtlinie herausgegeben. Vielfach ist diese Neuerung noch nicht bekannt, wie das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung des Bezirksamts Mitte betont. Die Richtlinie sieht Folgendes vor: „Jeder Schwangeren soll ein HIV-Antikörpertest empfohlen werden, da die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Übertragung auf das Kind durch wirksame therapeutische Maßnahmen erheblich gesenkt werden kann. Die HIV-Beratung, nicht aber die Testdurchführung oder das Testergebnis soll in den Mutterpass eingetragen werden.“ Zu diesem Abschnitt sind eine Begründung und ein Merkblatt: „Ich bin schwanger. Warum wird mir ein HIV-Test angeboten“ erschienen.

Das Robert Koch Institut gibt Mutter-Kind-Transmissionen von HIV-Infektionen in Deutschland für 2007 mit 1% an. Es geht von circa 550 in Deutschland lebenden Kindern aus, die während oder nach ihrer Geburt die HIV-Infektion von ihrer Mutter erworben haben. Diese Zahl mutet gering an. Doch die neue Vorgehensweise ist beispielsweise

für die Zielgruppe nicht gesetzlich krankenversicherter Migrantinnen in aufenthaltsrechtlicher Illegalität von besonderer Bedeutung. Denn ohne sprachliche Verständigung ist eine Entscheidung über das Testangebot nicht möglich. Bei Migrantinnen unterschiedlichster kultureller Hintergründe sind Kenntnisse der Übertragungswege sexuell übertragbarer Krankheiten und HIV nicht als selbstverständlich vorauszusetzen. Ihnen muss besonders ausführlich und einfühlsam die Bedeutung des HIV-Antikörpertests nahegebracht werden. Dazu müssen bei fehlenden Deutschkenntnissen medizinisch geschulte muttersprachliche Sprachmittler eingesetzt werden.

HIV-Antikörpertests werden in den neu gebildeten Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung für Menschen ohne Einkommen kostenlos angeboten. Diese sind in den Berliner Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Marzahn-Hellersdorf sowie Mitte (mit zwei Standorten) zu finden. Jedes Zentrum hat eigene muttersprachliche Sprachmittlerinnen für unterschiedliche Sprachen, die



Illustration aus: BERLINER ÄRZTE 2/2000

medizinisch geschult sind. Mit ihrer Hilfe wird Schwangeren mit Migrationshintergrund die Möglichkeit gegeben, sich aufgeklärt für oder gegen einen HIV-Test zu entscheiden. Jede Entscheidung für den Test ist eine effektive Chance zur Verhinderung von HIV-Transmissionen.

Die Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung und der Berliner Arbeitskreis Schwangerschaft und Migration setzen sich daher für eine sorgfältige Umsetzung der neuen Mutterschaftsrichtlinie ein. Gleichzeitig sehen die Akteure aber auch das Problem der Ergebnisdokumentation: Für die Entbindungsklinik bedeutet es einen gravierenden Unterschied zu wissen, ob ein HIV-Test erfolgt ist oder nur eine

Beratung stattgefunden hat. Denn das Vorgehen bei der Entbindung unterscheidet sich erheblich bei bekannter HIV-Infektion, wenn eine Transmission auf das Kind erfolgreich vermieden werden soll.

In Anbetracht der Möglichkeit einer Behandlung ist der verschämte Umgang mit der Dokumentation einer bekannten HIV-Infektion nicht nachvollziehbar. Daher sollte die neue Vorgehensweise baldmöglichst durch eine Dokumentation des Tests im Mutterpass ersetzt werden.

*Dr. Ruth Hörnle
Bezirksamt Mitte von Berlin
Zentrum für sexuelle
Gesundheit und
Familienplanung*

ANZEIGE

Ermäßigter Mehrwertsteuersatz für Medikamente gefordert

Einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz von 7 % für Arzneimittel forderte Berlins Ärztekammer-Präsident Dr. med. Günther Jonitz auf der Landesgesundheitskonferenz in Berlin. Es ginge nicht an, dass Zeitschriften oder Hundefutter unter einen ermäßigten Steuersatz fielen, Arzneimittel, die in weit höherem Maße zur Grundversorgung des Menschen gehören, jedoch mit vollem Mehrwertsteuersatz zu Buche schlagen. Anlass der Äußerung war ein Fachvortrag, in dem sich Jonitz mit den Auswirkungen der aktuellen Gesundheitsreform auseinandersetzte. Jonitz' Fazit: Für den Bürger wird es künftig teurer. Kritisch mahnte er an, dass Krankenkassen unter dem ab 2009 kom-

menden Einheitsbeitrag ihre bislang freiwilligen zusätzlichen Leistungen radikal herunterfahren werden. Bei einzelnen Kassen wird der Einheitsbeitrag zudem zu einer Kostenunterdeckung führen, die nur über Beitragserhöhungen – im gesetzlich erlaubten Umfang – aufgefangen werden können. Diese treffen zu 100% die Arbeitnehmer. Darüber hinaus sei absehbar, dass Patienten einzelne Leistungsbereiche künftig stärker als bislang durch Zusatzversicherungen abdecken müssen.

Scharf kritisierte der Kammerchef in diesem Zusammenhang die Mehrwertsteuererhöhung der Großen Koalition von 16% auf 19%,

die voll auf die Arzneimittelkosten durchschlage und damit die Töpfe der gesetzlichen Krankenversicherung über Gebühr belaste. Das Geld fehlt an anderer Stelle und nicht zuletzt auch bei kassenfinanzierten Präventionsstrategien für benachteiligte Bevölkerungsgruppen.

Die Landesgesundheitskonferenz findet einmal jährlich auf Einladung der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz statt. Gemeinsam mit allen wichtigen gesundheitspolitischen Akteuren sowie Vertretern der Bezirke werden dort stadtpolitische Gesamtstrategien zur Gesundheitsversorgung und Prävention diskutiert

und ausgerichtet. Hierzu gehört auch eine Bewertung der allgemeinen gesundheitspolitischen Lage.

Die Landesgesundheitskonferenz verständigte sich auf eine Weiterführung der besonderen Förderung von Kindern der Altersgruppe 0 bis 6 bezogen auf Ernährung, Bewegung und Sprachförderung. Besonders berücksichtigt werden sollen dabei Kinder aus sozial benachteiligten Familien und Stadtteilen. In den Fokus der Bemühungen werden künftig vor allem die Bereiche Gesundbrunnen, Südliche Friedrichstadt, Friedrichshain / Kreuzberg, Reinickendorf Ost gestellt, allesamt Regionen, bei denen über die Schuleingangsuntersuchungen ein besonderer Förderungsbedarf festgestellt wurde. sygo

ANZEIGE

*Fertigarzneimittel***Verwechslungsgefahr**

Die versehentliche Anwendung eines falschen Arzneimittels durch Verwechslung mit ähnlich klingenden Produktnamen oder ähnlich aussehenden Verpackungen kann potenziell lebensbedrohlich sein. Die Arzneimittelkommission der Apotheker ruft daher dazu auf, Arzneimittel mit ähnlich klin-

gendem Produktnamen („sound alike“) und ähnlich aussehenden Schriftbildern/ Verpackungen („look alike“) an die ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) zu berichten. Aus den Meldungen sollen Vorschläge zur Verringerung eines Verwechslungsrisikos abgeleitet werden. Anlass war ein Aktionsplan des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2007, einen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der Arzneimitteltherapie zu leisten.

Es sei daran erinnert, dass schon vor langer Zeit ein Arzt haftbar gemacht wurde, der eine Verordnung über Eugynon (orales Kontrazeptivum) so unleserlich schrieb, dass der Apotheker Enzynorm (Verdauungsenzyme) entzifferte – mit entsprechenden Folgen für beide. Dieser Typ von Verwechslungen hat sich aufgrund gedruckter Verordnungen verringert. Da Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Klinik auch weiterhin mit der oben genannten Problematik konfrontiert sein können, soll an dieser Stelle ebenfalls dazu aufgerufen

werden, derartige Verwechslungen oder Beinahe-Verwechslungen an unterstehende Anschrift zu berichten, am besten mit Bild, zumindest aber mit einer genaueren Beschreibung.

Quelle: Pharm.Ztg. 2008; 153(43): 131

*Rimonabant***Vertriebsstopp**

Der Hersteller von Rimonabant-haltigen Arzneimitteln (Acomplia®) hat sich auf „sanften“ Druck der deutschen und europäischen Überwachungsbehörden BfArM und EMEA entschlossen, sein Präparat „vorerst“ nicht mehr anzubieten. Grund für diese Rücknahme waren zunehmende Berichte über psychiatrische unerwünschte Wirkungen (UAW: Depressionen, Angstzustände, Aggression, Suizid) unter der Einnah-

me dieses Antiadipositums. In Hinblick auf die Indikation scheint dieses Vorgehen überfällig, denn bereits bei Markteinführung waren diese UAW bekannt. In den USA wurde das Präparat aufgrund der Risiken gar nicht erst zugelassen.

Gewichtsreduktion mit Hilfe von Arzneimitteln scheint nur während der Einnahme zum Erfolg zu führen und sollte – unabhängig von den pharmakologischen Angriffspunkten wie ZNS oder Verdauungstrakt – nur als letzte therapeutische Maßnahme sehr zurückhaltend erwogen werden. Selbst zusammengestellte Rezepturen mit irrationalen Inhaltsstoffen wie Schilddrüsenhormonen und Laxantien wurden vor Jahren bereits als bedenklich eingestuft.

Quellen: www.emea.europa.eu, www.bfarm.de

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.
Telefon: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr.hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für Ärzte aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

Die dreitägige Veranstaltung richtet sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter, der Medizinal-, veterinärmedizinischen und chemischen Untersuchungsämter, an die Hygienebeauftragten der Krankenhäuser sowie an Ärz-

tinnen und Ärzte aus Praxen, Krankenhäusern oder Laboratorien.

Termin für die kostenlose Fortbildungsveranstaltung ist der 25.-27. März 2009. Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut



für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Diedersdorfer Weg

1. Das Programm umfasst Themen aus dem Gesundheits- und Infektionsschutz, der Kindergesundheit, der Umweltmedizin und dem gesundheitlichen Verbraucherschutz.

Das Programm im Einzelnen:

Mittwoch, 25.03.2009

10.00–10.15 Uhr Begrüßung

GESUNDHEITS- UND INFEKTIONSSCHUTZ

10.15–11.00 Uhr Klimawandel und Infektionskrankheiten: Relevanz für Deutschland
11.00–11.45 Uhr Tollwut: Wie groß ist das (Rest)Risiko?
11.45–12.30 Uhr Influenza Impfkampagne: Wir kommen der Grippe zuvor
13.15–14.00 Uhr Neues aus der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
14.00–14.45 Uhr MRSA: Verbreitung durch medizinisches Personal
15.15–16.00 Uhr Moderne Surveillancestrukturen: Indikatoren basiert und Ereignis basiert
16.00–16.45 Uhr Der Transport ansteckungsgefährlicher Stoffe
16.45–17.30 Uhr Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund
17.30–18.15 Uhr KIGGS: Neue Referenzwerte bei Kindern und Jugendlichen

Donnerstag, 26.03.2009

KINDERGESUNDHEIT / UMWELT UND GESUNDHEIT

08.30–09.15 Uhr Gesundheit, Umwelt und Gerechtigkeit im Spiegel von HTA
09.15–10.00 Uhr Kinder-Umwelt-Survey – wozu war er gut? Ergebnisse und Maßnahmen
10.30–11.15 Uhr Umwelteinflüsse auf die Gesundheit von Kindern
11.15–12.00 Uhr Sensibilisierung von Kindern durch Schimmelpilzallergene
12.45–13.30 Uhr Umweltgerechtigkeit – die soziale Verteilung gesundheitsrelevanter Umweltbelastungen
13.30–14.00 Uhr Die Umweltprobenbank als Basis einer integrierten Risikobewertung
14.00–14.30 Uhr Gesundheitsrisiken durch Feinstaubbelastung in Deutschland: Ergebnisse aus dem GRS-Projekt
14.30–15.00 Uhr Neue Ergebnisse der Lärmwirkungsforschung
15.30–16.15 Uhr Innenraumhygiene in Schulen: Die Empfehlungen im neuen UBA-Leitfaden von 2008
16.30–17.15 Uhr Perfluorierte Chemikalien – nicht nur ein lokales Problem
17.15–18.00 Uhr Nagerbekämpfung in Siedlungen: Rechtliche Grundlagen, Mittel und Verfahren

Freitag, 27.03.2009

VERBRAUCHERSCHUTZ

08.30–09.15 Uhr MRSA in der Lebensmittelkette: Wie groß ist das Verbraucherrisiko?
09.15–10.00 Uhr Aufklärung von lebensmittelbedingten Krankheitsausbrüchen: Die Umsetzung der AVV Zoonosen Lebensmittelkette in den Bundesländern
10.30–11.15 Uhr Rauchen ohne Risiko: Wie sicher ist die elektronische Zigarette?
11.15–12.00 Uhr Die elektronische Zigarette: Medizinprodukt, Arzneimittel oder was sonst?
12.45–13.30 Uhr Zwischen Panik und Gleichgültigkeit. Wie nehmen Verbraucher Lebensmittelrisiken wahr?
13.30–14.15 Uhr Perfluorierte Tenside: Als Kontaminante auch ein Problem in Futtermitteln und Lebensmitteln?
14.15–15.00 Uhr Begaste Container – Ein Problem nicht nur in Seehäfen
15.00–15.45 Uhr Bergen die neuen EU-Pestizidregelungen erhöhte Risiken für die Verbraucher?

Das Programm ist abrufbar unter: www.bfr.bund.de/veranstaltungen

Buchbesprechung

Berliner Ärztin veröffentlicht Lyrikband



Dr. med. Barbara Nemitz, geboren 1949, studierte in Frankfurt/Main und Berlin Medizin. Nach ihrer Hochschulassistentenzeit war die Fachärztin für Arbeitsmedizin zunächst betriebsärztlich tätig. Seit 1990 leitet sie die Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz, die seit 1998 an der Ärztekammer Berlin angesiedelt ist und mittlerweile zur Abteilung Fortbildung gehört. Mit dem vorliegenden Gedichtband veröffentlicht sie erstmals eine literarische Arbeit.

in die Höhe des Genusses auf, nie wird man völlig in die Abgründe des Verdrusses hineingerissen. Dennoch sind sie allgegenwärtig. Das lyrische Ich bewegt sich zwischen den beiden Unsagbarkeiten hin und her, schwankend und tänzelnd, wiegend und stolpernd.

Die Autorin evoziert ferne Landschaften, Düfte, Klänge, Farben und den Geschmack des prallen Lebens. Die Intensität der Bilder lässt nachspüren, wie Nemitz sie erfahren und sich zueigen gemacht hat. Die Gegensätze, die sie auffindet, sind am stärksten im Gedicht „Zaubersprüche in kranken Nächten“. Die Kargheit der Krankenkost, der Kräutertee und die Salzstangen, werden weggezaubert von herrlichen Gerichten wie Lachscarpaccio, Zanderfilet in Zitronen-Kapern-Butter, Kalbsrückenbraten und Pflaumenreis mit Zimtsauce. Es sind die Sehnsüchte nach dem genüsslichen Leben als gesunder Mensch. Die Kranke kann ihrer Situation mit Hilfe ihrer Phantasie und ihrer Erinnerung entkommen. Das ist eine kraftvolle Positionierung: Auch an einem Ort zwischen Leben und Tod, zwischen Wachen und Schlafen, Gesundsein und Krankheit kann das Leben immer wieder und noch einmal gelebt werden. Die Brücke, die Nemitz baut und über die sie geht, ist die Sprache: „Simsalabim sagte ich zu den Salzstangen/Abrakadabra zum Tee“.

Die Ärztin beherrscht klassische Versmaße und Strophenformen wie Hexameter, Terzinen und Stanzen mühelos. Wenn sie ein „Sonett der Liebe und des Leids“ schreibt, weiß sie, dass ein Gedicht immer in Sprache gesetztes Leben ist. Insofern sucht sie in der Auseinandersetzung mit Rhythmus, Metrum, Vers, Reim und Bild auch auf die Geformtheit der Sprache aufmerksam zu machen. Wider die Angeordnetheit fällt das Unsagbare zwischen die Reihen, die Reben und die Rosen. Die Ärztin stellt sich dem ebenso wie die Lyrikerin und gibt dem Rezipienten damit mehr als nur einen Gedichtband auf den Weg.

Ulrike Hempel (Journalistin)

Barbara Nemitz „Am Ende jeder Reihe Reben Rosen, Genüßliches und Verdrießliches“, Verlag Trauben/Torino, Italien, ISBN 978 88 89909 508, 10 Euro

Das Foto der Autorin auf dem Einband wird von warmen Brauntönen dominiert. Barbara Nemitz hält die linke Hand schützend an die Stirn. Der Schatten, der dadurch fällt, ermöglicht ihr trotz des Sonnenlichts den Blick in die Kamera, verbirgt jedoch gleichzeitig einen Teil ihres Gesichts. Vor allem auch wegen der Bebilderung strahlt der schmale Band mit den 28 Gedichten etwas sehr Persönliches und Privates aus. Hält man ihn in den Händen und liest den Titel „Am Ende jeder Reihe Reben Rosen“, könnte man romantische Gedichte über die Liebe und das Leben erwarten. Das liegt vermutlich daran, das der Einband blau, in der Farbe der Romantik gehalten ist und Nemitz mit der Alliteration „Reihe Reben Rosen“ auf ein schmückendes Klangmittel zurückgreift, das in der Romantik sehr beliebt war. Erst der Untertitel „Genüßliches und Verdrießliches“ verweist auf das Spannungsfeld, in dem sich die Lyrikerin und Ärztin bewegt.

Nemitz' Gedichte tauchen Leben und Tod in ein sanftes Licht von Gegensätzen. Das klingt in eben diesem Untertitel an. Nie steigt man ganz

Ausbildung

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen am **10. März 2009** in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der **10. Februar 2009**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang/Mitte Januar übersandt.

Die Abschlussprüfungen im Sommer 2009 für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung:
05. und 06. Mai 2009

Praktischer Teil der Prüfung:
08. Juni bis 11. Juli 2009

Auch die Abschlussprüfungen werden in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), abgenommen.

Ärzte werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **10. Februar 2009** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbil-

dungsnachweis) geführt wurde, Kopie der Zeugnis-karte vom OSZ Gesundheit, Bescheinigung des auszubildenden Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt.

Die vorgezogenen Abschlussprüfungen finden ebenfalls am **05. und 06. Mai 2009** (schriftlicher Teil der Prüfung) sowie vom **08. Juni bis 11. Juli 2009** (Praktischer Teil der Prüfung) statt.

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, Befürwortung der Schule, Kopie der Zeugnis-karte vom OSZ Gesundheit und Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder die schriftliche Betätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltag in der Praxis) ebenfalls bis zum **10. Februar 2009** eingereicht werden.

Bei der Durchführung der Prüfung werden die besonderen Verhältnisse behinderter Menschen berücksichtigt.

Bitte senden Sie ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung ein.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: **030 / 40 80 6 - 2626**.

Neuer Verwaltungschef

Michael Hahn ist neuer Geschäftsführer der Ärztekammer Berlin

Seit dem 1. Januar 2009 hat die Ärztekammer Berlin einen neuen Geschäftsführer. Der Jurist Michael Hahn hat den Staffelstab von Ex-Geschäftsführer Dr. med. Gerhard Andersen übernommen. Wie schon sein Vorgänger kommt der neue Mann an der Kammer Spitze „von der Küste“ und auch er ist ein erfahrener Insider im Gesundheitswesen. Bevor er zur Kammer wechselte, leitete er die Bereiche Gesundheitsmanagement und Recht bei der AOK Mecklenburg-Vorpommern. Teil seiner Aufgaben dort war die verantwortliche Leitung des Unternehmensbereichs ambulante Versorgung, was die regelmäßigen Vertragsverhandlungen

mit der KV mit einschloss. Aus seiner AOK-Zeit – in der er die Verantwortung für insgesamt 157 Mitarbeiter trug – ist ihm auch das Thema „elektronische Gesundheitskarte“ bekannt, das ihm nun bei der Ärztekammer – diesmal jedoch aus anderer Perspektive – wieder begegnet.

Der 43-jährige Jurist ist am 28. Dezember 1965 in Rostock geboren und aufgewachsen. Gleich nach dem Abitur stellte er gemeinsam mit Teilen seiner Familie einen Ausreisetransfer, dem aber erst drei Jahre später stattgegeben wurde. Da man ihn nicht studieren ließ, quälte sich der junge Mann in der Zwischenzeit durch eine



Foto: AEKB / K. Friedrich

Berufsausbildung

Ärzte für Prüfungsausschüsse „Medizinische Fachangestellte“ gesucht

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin möchte zusätzliche Ausschüsse für die Abnahme der praktischen Prüfungen (Prüfungsabnahmeausschüsse) in dem Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte einrichten. Die Ausschüsse werden mit je einer Ärztin/einem Arzt, einer Arzthelferin bzw. Medizinischen Fachangestellten sowie einer Lehrkraft der berufsbildenden Schulen besetzt. Die Prüfungsausschussmitglieder müssen in den Prüfungsgebieten sachkundig und für die Mitwirkung im Prüfungswesen geeignet sein. Die ehrenamtliche Tätigkeit wird entschädigt.

Wir bitten interessierte Kammermitglieder, insbesondere Kollegen, die Arzthelfer/innen oder Medizinische Fachangestellte ausbilden oder bereits ausgebildet haben, ihr Interesse an einer Tätigkeit in einem Prüfungsabnahmeausschuss bis zum 30. Januar 2009 schriftlich anzuzeigen. Bitte richten Sie Ihr Schreiben mit Angaben zu Ihrer bisherigen Ausbildungs- bzw. Prüfungserfahrung an die Ärztekammer Berlin, Abteilung Kammermitgliedschaft/Berufsbildung/EU- und Kammerrecht. Unter der Telefonnummer 0 30 / 4 08 06 - 26 26 erhalten Sie weitere Informationen.

Koch-Lehre, die allerdings nicht von nachhaltigem Eindruck blieb. „Gleich nach der Ausbildung habe ich das Kochen eingestellt“ verrät Hahn, heute mache er „allenfalls mal einen Obstsalat, das muss reichen“.

Nach der erfolgreichen Übersiedlung in den Westen im Oktober 1986 begann Michael Hahn ein Jurastudium an der Universität Tübingen. Kaum hatte er das 2. Staatsexamen in der Tasche, kehrte er dem Musterlände jedoch den Rücken und ging zurück in seine alte Heimat; genauer: zur Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Dort arbeitete er als Justiziar in der Rechtsabteilung, die er knapp anderthalb Jahre auch kommissarisch leitete. Aus beiden Stellen bei KV und AOK sind ihm die Ärzte als Verhand-

lungspartner gut bekannt. Insofern betrachtet Hahn seinen Wechsel zur Ärztekammer Berlin als logischen Schritt. Das neue Aufgabenfeld macht seine berufliche Tätigkeit „rund“, wie er es nennt, und reizt ihn sehr. Typisch für einen Norddeutschen pflegt Michael Hahn einen unprätentiösen und bescheidenen Stil, gepaart mit hintergründigem Witz. Wenn er dazu kommt, liest er viel, in der Regel auch einiges parallel, doch viel Zeit bleibt ihm derzeit nicht. Seit er im Oktober bei der Kammer begann, um eine dreimonatige Einarbeitung durch seinen Vorgänger sicherzustellen, pendelt er zwischen Berlin und Schwerin hin und her, wo seine Familie wohnt, die er nun bald nach Berlin holen möchte.

sygo

Aus Fehlern lernen – Schwachstellen im System rechtzeitig erkennen

Patienten vor vermeidbaren Schmerzen und Verletzungen zu bewahren, stellt seit Bestehen der Medizin eines der ureigensten Kernanliegen ärztlichen Handelns dar. In jüngster Zeit wird dieses Anliegen verstärkt in der öffentlichen Diskussion, von Seiten der Politik und von Fachmedien unter dem Begriff „Patientensicherheit“ aufgegriffen. Das Thema hat Konjunktur – in Deutschland ebenso wie auf internationaler Ebene. Welche Gründe aber gibt es für dieses augenscheinlich erstarkte Interesse an Fragen zur Sicherheit in der Patientenversorgung? Und worauf bezieht sich „sicher“?

Treten vermehrt Fehler und Schäden auf? Oder misstrauen Patienten heute mehr als in früheren Zeiten den Gesundheitssystemen und der Qualität der medizinischen Versorgung? Eine Antwort auf diese Fragen wird naturgemäß auf mehreren Ebenen ansetzen müssen. Der nachfolgende Beitrag konzentriert sich auf die Erkenntnisse aus der Human-Error-Forschung und stellt dar, inwiefern diese bei der Beantwortung hilfreich sein können.

Von Sonja Barth



Illustration aus: BERLINER ÄRZTE 1/1994

Die Suche nach „Schuldigen“ – Personenbezogener Ansatz

Der Leitsatz „Primum nihil nocere“, der bereits Hippokrates (ca. 500 v. Chr.) zugeschrieben wird, bringt zum Ausdruck, dass der Schutz des Patienten vor Verletzung und Schaden höchste Priorität für Ärzte genießt. Krankheiten verursachen Leiden. Aber auch medizinische Eingriffe bergen Risiken, die den Gesundheitszustand von Patienten verschlechtern – und nicht, wie beabsichtigt, verbessern – können. Die Befassung mit diesen behandlungsbedingten negativen Folgen medizinischer Eingriffe stellt seit jeher einen integralen Bestandteil des ärztlichen Handelns und Selbstverständnisses dar. Dabei geht es nicht nur um negative Auswirkungen einer Behandlung, die nach einer Risiko-Nutzen-Abwägung bewusst von Arzt und Patient in Kauf genommen werden. Dies ist zum Beispiel der Fall bei Arzneimittelnebenwirkungen, die bekannt sind. Ebenso bezieht sich diese Auseinandersetzung auf nicht zu vermeidende Ereignisse, die im Rahmen von Behandlungsprozessen auftreten können. Ein Beispiel hierfür stellt die Nichtbeachtung von Wechselwirkungen bei Medikamenten dar, die unter anderem bei der Behandlung von multimorbiden Patienten auftreten können.

Dem eigenen Selbstverständnis und der Selbstverpflichtung entsprechend ist die ärztliche Berufsausübung daran gebunden, nach bestem Wissen und Gewissen das ärztliche Handeln in den Dienst der Gesundheit des Patienten zu stellen. Hierauf gründet das Vertrauen, das der Patient in seinen Arzt setzt. Das Einlassen des Arztes auf den individuellen Patienten mit seinem spezifischen Krankheitserleben und seinen körperlichen und psycho-sozialen Voraussetzungen sowie die Verbindung des aktuell verfügbaren objektiven Wissens und der Erfahrung des Arztes (interne und externe Evidenz) sind Kern des Behand-

lungsprozesses. Sowohl patientenseitig, als auch arztseitig besteht die Erwartung, dass die mit dem medizinischen Fortschritt einhergehenden steigenden Möglichkeiten in der Medizin, als auch die hohen Anforderungen an die ärztliche Leistung dafür Sorge tragen, dass dem Patienten bestmöglich geholfen werden kann. Sofern das erwünschte und erwartete Behandlungsergebnis eintritt, kann mit diesen Erwartungen gut umgegangen werden. Schwierig wird es jedoch, wenn der Behandlungsprozess nicht zum erwünschten Heilungserfolg führt – aus welchen Gründen auch immer. Häufig anzutreffen – und nicht nur für den medizinischen Bereich typisch – war bzw. ist, dass beim Auftreten von nicht erwarteten, unerwünschten Ereignissen eine verkürzte Ursachenanalyse erfolgt: Statt eines differenzierten Blickes auf die Entstehungszusammenhänge von Schadensereignissen, wird häufig Personen fehlerhaftes Handeln zugeschrieben. So war in der Vergangenheit nicht selten die Schlagzeile „Ärztepfusch“ zu lesen, die eine einseitige Anprangerung ärztlicher Sorgfaltspflicht zum Ausdruck bringt. Die Suche nach einem „Schuldigen“ dient als kurzfristige Lösung des

Problems. Auch im innerärztlichen Umgang mit Beinahe-Schäden und Schadensereignissen überzog lange Zeit die Überzeugung, dass vermeidbare unerwünschte Ereignisse vor allem auf die ungenügende Leistung und das Versagen von einzelnen Mitarbeitern zurückzuführen sind. Insofern setzen auch Maßnahmen, die zur Vermeidung von Fehlern beitragen, vor allem bei der Leistungsfähigkeit des Einzelnen an: Es wird auf die Verbesserung der medizinisch-fachlichen Kenntnisse, die Optimierung von Fertigkeiten und die Steigerung der Aufmerksamkeit, Motivation, Gründlichkeit u.ä. abgehoben.

Diese Sichtweise ist notwendig und richtig. Aber gleichzeitig muss festgehalten werden, dass die persönliche Verantwortung und Performance des Einzelnen für sein Handeln nur einen – wenngleich wichtigen – Ausschnitt des Problems zu erfassen vermag.

Schwachstellensuche – Systembezogener Ansatz

Eine umfassendere Sichtweise, die über die Betrachtung der Verantwortung von einzelnen Personen hinaus geht, verfolgt der Ansatz, der seit einigen Jahren unter

Begriffsdefinitionen

Patientensicherheit wird definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. Für ein systematisches Verständnis sind folgende Schlüsselbegriffe grundlegend:

Unerwünschtes Ereignis (engl.: adverse event): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

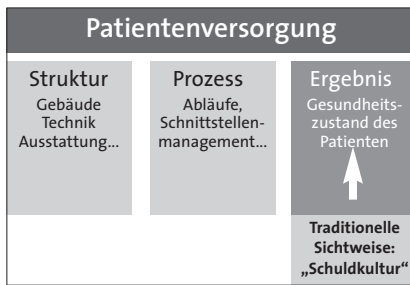
Kritisches Ereignis (engl.: critical incident): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (engl.: preventable adverse event): Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

Fehler (engl.: error): Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beinahe-Schaden (engl.: near miss): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

*Definitionen gemäß Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
(www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de)*



dem Begriff „Patientensicherheit“ bekannt geworden ist. Ausgangspunkt für die breite Aufmerksamkeit für diesen Ansatz, war die Veröffentlichung des international rezipierten Berichtes „To err is human“ des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) im Jahr 2000.

Dieser Bericht stellte zum einen heraus, dass Fehler in der Medizin deutlich häufiger auftreten, als dies angenommen worden war. Und zum anderen ist es den Autoren gelungen, sehr deutlich herauszuarbeiten, dass vermeidbare unerwünschte Ereignisse in der Medizin nicht hauptsächlich auf singuläre und leicht zu isolierende Faktoren wie etwa menschliches Versagen zurückzuführen sind. Der Bericht richtet den Blick darauf, dass es sich bei der Medizin um ein Arbeitsfeld handelt, das – in Bezug auf die Fehlerproblematik – vergleichbar ist mit „Hochrisikobereichen“ wie etwa der Luftfahrt, Kernkraft oder der chemischen Industrie. Hierbei handelt es sich um Arbeitsbereiche, die im Falle eines Fehlerereignisses ein hohes Gefährdungspotenzial für das menschliche Leben bergen. Für diese Arbeitsbereiche ist es von besonderer Bedeutung, dass das Funktionieren der eingesetzten hochkomplexen Technik mit einem hohen Maß an Sicherheit gewährleistet werden kann. Ein eigener interdisziplinärer Forschungszweig hat sich herausgebildet, der sich damit befasst, Fehlerursachen in komplexen Arbeitswelten wie diesen auf den Grund zu gehen. Dieses unter „Human Error“ (Fehlerforschung) bekannt gewordene Forschungsfeld konzentriert sich darauf, das Zusammenspiel von Mensch, Technik und Organisation zu untersuchen.

Zum einen geht es dabei darum, Strategien zu finden, die es der Fehlbarkeit, die in der Natur des Menschen liegt (irren ist nun mal menschlich) schwer macht, in ein tatsächliches Fehlerereignis mit Schadensfolgen zu münden. Erreicht wird dies unter anderem dadurch, dass in Arbeitsabläufen an mehreren Punkten unterschiedlich gestaltete, sicherheitsrelevante Überprüfungsmöglichkeiten integriert wer-

den, die gewährleisten, dass das geplante bzw. gewählte Vorgehen mehrmals bestätigt wird.

Zum anderen befasst sich diese Fehlerforschung auch damit, wie die Stärken, die uns Menschen gegenüber technikbasierten, automatisierten Einheiten auszeichnen, optimal eingesetzt bzw. genutzt werden können, um Arbeitsprozesse möglichst sicher zu gestalten. Gemeint sind damit menschliche Poten-

DRK Kliniken Berlin: Eingriffsverwechslungen vermeiden Richtiger Patient? Richtiger Eingriff? Richtige Seite?

Diese drei Fragen bestimmen das Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in den DRK-Kliniken Berlin. Im Jahr 2007 hat eine Arbeitsgruppe berufsgruppenübergreifend und interdisziplinär ein Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen erarbeitet und erfolgreich implementiert. Dabei hat die Arbeitsgruppe auf die „Empfehlung zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen in der Chirurgie“ des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. zurückgegriffen. Mit dessen Zustimmung wurde diese Empfehlung modifiziert und an die eigenen Erfordernisse angepasst.

Das Verfahren zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beschreibt in zeitlicher Abfolge vier Kontrollstufen im Sinne von Sicherheitsbarrieren:

- Im Rahmen der Aufklärung Identifikation des Patienten, indem dieser Namen und Geburtsdatum nennt
- Markierung des Eingriffsortes bei seitenrelevanter OP mit einem wasserfesten Stift, indem der Patient, wenn möglich, dem Arzt selbst den Eingriffsort zeigt
- Identifikation des Patienten sowohl bei der Übernahme in den OP und Zuordnung zum OP-Team als auch unmittelbar vor Narkosebeginn durch Überprüfung von Namen und Geburtsdatum sowie Überprüfung der Markierung bei seitenrelevanter OP
- Team-Time-Out, ein kurzes Innehalten des OP-Teams, unmittelbar vor dem Eingriff, während noch einmal Name des Patienten, Eingriffsart, Eingriffsort und -seite geprüft werden

Jede einzelne Kontrollstufe wird durch die Aspekte „wer“, „wann“, „was“ konkretisiert.

Das Team-Time-Out ist als Verhaltensrückkopplung der Akteure eine „neue“ zusätzliche systemische Kontrollstufe. Für die Akzeptanz dieser Kontrollstufe ist entscheidend, dass die verantwortlichen Operateure das Team-Time-Out (vor)leben.

Das Verfahren der DRK Kliniken Berlin zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen ist eine Handlungsanweisung: Auf einer DIN A-4-Seite, anschaulich in Form von Piktogrammen und erläuterndem Text, dargestellt. Gleichzeitig ist das Formblatt so gestaltet, dass patientenbezogen die vier Kontrollstufen dokumentiert werden können. Das ausgefüllte Formblatt wird schließlich der Patientenakte beigelegt.

Die Umsetzung des Verfahrens wird regelmäßig überprüft. Ausschlaggebend dabei ist, wie häufig es genutzt wird. Ein Jahr nach seiner Einführung wird das Verfahren nun durchgängig angewandt. 75 % der Formblätter sind komplett, 25 % noch unvollständig ausgefüllt. Seit Ende 2008 wird das Verfahren auch in den Funktionsbereichen genutzt.

Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

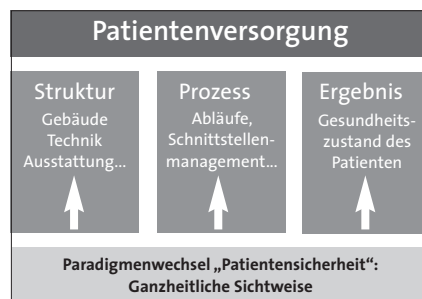
BEISPIEL 1

ziale wie zum Beispiel Erfahrung, Kreativität und Intuition, die es ermöglichen, dass routinemäßige Abläufe hinterfragt, korrigierend eingegriffen und in kritischen Situationen, etwa wenn ein technisches Gerät ausfällt, spontan reagiert werden kann und unter Umständen neue Lösungsansätze gefunden werden. Für den Bereich der Medizin sind diese Erkenntnisse besonders relevant, da wir es hier eben nicht nur mit dem Einsatz einer zunehmend komplexer werdender Technik zu tun haben, sondern die Behandlung kranker Menschen gerade durch die Arbeitsleistung und die Interaktion von Menschen getragen wird.

Der oben genannte Bericht des IOM stellt vor allem unter Bezugnahme auf die Arbeiten des Psychologen James Reason eine direkte Verbindung her zwischen den Erkenntnissen der Human-Error-Forschung und der Medizin. Reason macht darauf aufmerksam, dass es überwiegend erst durch das Zusammenspiel von mehreren Schwachstellen in einem Gesamtprozess dazu kommt, dass Schadensfälle auftreten. Diese Schwachpunkte und Unsicherheiten im System verursachen für sich allein genommen noch keinen Schaden. Sie begünstigen aber durch ihr Zusammenwirken den Auftritt von unerwünschten Ereignissen. Reason spricht hier von „latentem Versagen“ („latent failure“). Die Faktoren, die am Ende einer solchen Prozesskette ein Ereignis schließlich auslösen, es also letztlich mit verursachen, aber nicht alleine dafür verantwortlich sind, werden demzufolge als auslösende Faktoren bzw. „aktives Versagen“ („active failure“) bezeichnet. Diese Unterscheidung ist im Hinblick auf die Entwicklung von Strategien zur Fehlervermeidung relevant, besonders wenn man sich vor Augen führt, dass das latente Versagen deutlich häufiger auftritt, als das so genannte aktive Versagen am Endpunkt von Prozessketten.

Übertragen auf den medizinischen Bereich bedeutet dies, auch hier die Versorgungsorganisation als Ganzes in den Blick zu nehmen, anstatt sich iso-

liert auf einen Ort und einen Zeitpunkt zu konzentrieren, an dem ein Patientenschaden offensichtlich geworden ist.



Die Suche nach Lösungen – Lernen aus Fehlern

Eine erfolgreiche Strategie um Schadensereignissen vorzubeugen und die Wiederholung von Fehlerereignissen nachhaltig zu verhindern, wirkt darauf hin, dass sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der Ebene von Organisationen Lernprozesse stattfinden. Es geht zum einen darum, dass Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe ihr Wissen in Bezug auf sicherheits- und fehlerrelevante Aspekte im Versorgungsprozess erweitern – zum Beispiel über Fortbildungen im Bereich der Fehleranalyse, -prävention und Umgang mit Fehlern und Schadensereignissen.

Zentrale Voraussetzung für das erfolgreiche Einbringen und „Wirksamwerden“ der individuellen Kompetenzen ist jedoch zum anderen ein lernförderliches Klima in Organisationen. Gemeint ist damit die Bereitschaft in Krankenhäusern, MVZ und Praxen, sich mit der Fehlerproblematik in einer Weise auseinander zu setzen, die es erlaubt, Maßnahmen zur Fehlerprävention zu etablieren. Diese Lernkultur gibt erst den Ausschlag für eine nachhaltige und kontinuierliche Verbesserung von Versorgungsprozessen.

Dazu gehören

- Maßnahmen, die Schwachstellen und Problempunkte in der eigenen Einrichtung erfassen – wie zum Beispiel Fehlermelde- bzw. -lernsysteme (CIRS),

- Methoden zur retro- und prospektiven Fehleranalyse,
- Strategien zur Entwicklung und Realisierung von konkreten Verbesserungsmöglichkeiten und
- Bewältigungsstrategien (inkl. Kommunikation) bei Schadensereignissen.

In den zurückliegenden Jahren wurden im nationalen und internationalen Kontext für alle genannten Bereiche Strategien und Methoden entwickelt, die zur Steigerung der Patientensicherheit beitragen können. Neben zahlreichen einzelnen Akteuren und Einrichtungen ist in Deutschland vor allen Dingen das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS) – mit starker Unterstützung und Beteiligung der Ärzteschaft – aktiv geworden. So hat das APS als Netzwerkorganisation unter Einbezug aller relevanten Gruppen im Gesundheitswesen zahlreiche Arbeitsgruppen etabliert, die praxisadäquate Lösungsvorschläge erarbeiten. Die als Handlungsempfehlungen publizierten Materialien sind kostenfrei für alle Interessierten zugänglich und haben zwischenzeitlich eine breite Akzeptanz und einen hohen Anwendungsgrad erfahren.

Unabdingbar jedoch für die erfolgreiche Etablierung aller Maßnahmen zur Fehlerprävention ist ein Arbeitsklima, das dafür Sorge trägt, dass Mitarbeiter aufmerksam mit Schwachstellen in

Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnis

www.aktionsbueundnis-patientensicherheit.de/



Empfehlung zur

- Vermeidung von Eingriffsverwechslung
- Vermeidung von Patientenverwechslung
- Aufbau von CIRS
- Arzneimitteltherapiesicherheit sowie
- Entwurf eines Kerndatensatzes zur Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen

Abläufen umgehen und es auch Möglichkeiten gibt, diese zu thematisieren. Ein deutliches Signal von Seiten der Führungskräfte, dass ein „modernes“, systembezogenes Verständnis in Bezug auf Sicherheit und Fehler auch tatsächlich gelebt wird, über Fehlerereignisse gesprochen, Informationen und Hinweise ernst genommen und Maßnahmen zur Steigerung der Patientensicherheit auch in die Praxis umgesetzt werden, sind Kern einer solchen vertrauensvollen Lern- bzw. Sicherheitskultur.

Patientensicherheit als umfassender Ansatz

Für die Prävention von Fehlern im konkreten Versorgungsalltag ist es ebenso wichtig, diese Botschaft ernst zu nehmen. Aus Fehlern muss gelernt werden um sie prospektiv zu vermeiden. Das ist das Anliegen von „Patientensicherheit“. Dabei sind fehlerhafte Prozesse und Schadensereignisse in der Medizin eben nicht nur einseitig im Hinblick auf individuell verursachte Fehlleistungen zu analysieren. Vielmehr kommt es gerade auch darauf an, dass der Kontext, in den die Patientenversorgung eingebettet ist, einen zentralen Stellenwert bei der Ursachenanalyse und Prävention von Fehlern einnimmt. Nicht nur Individuen können aus Fehlern lernen, auch Organisationen müssen die Fähigkeit haben, mit Fehlern umzugehen, sich zu verändern, auf Systemebene zu lernen und auf Veränderungen im Umfeld hinzuwirken. So muss nicht etwa nur jeder Einzelne dafür Sorge tragen, dass er wach und ausgeruht seine Arbeit aufnimmt, auch die Organisation muss zum Beispiel durch eine entsprechende Dienstplangestaltung Verantwortung für die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter übernehmen. Nicht nur die Pflegekraft muss darauf achten, dass Medikamente nicht verwechselt werden, sondern ebenso sollte auf der Ebene der Produktgestaltung dazu beigetragen werden, dass ähnlich klingende Namen und Verpackungen möglichst vermieden werden (sog. „lookalike“- und

„soundalike“-Problematik). Nicht nur Ärzte sollten lernen mit Patienten zu sprechen, wenn sich ein Fehler ereignet hat, sondern auch Krankenhäuser sollten hier Maßnahmen ergreifen, die sich positiv auf das Vertrauen von Patienten auswirken.

Diese Beispiele ließen sich fortsetzen. Klar werden sollte, dass in einem sich dynamisch wandelnden und immer komplexeren Gesundheitssystem eine allein auf Professionen und Personen bezogene Fehleranalyse nicht mehr zielführend sein kann. Je mehr Schnittstellen

DRK Kliniken Berlin: Sichere Medikamentengabe Systematische Verabreichung der Medikamente aus der Originalverpackung

Aufgrund von Hinweisen im Abschlussbericht der Rezertifizierung nach den Standards der Joint Commission International vor drei Jahren entwickelte eine einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppe aus Pflegekräften ein neues Verfahren zur Medikamentenverteilung, das nun folgende Kriterien erfüllt:

- Vorbereitung und Ausgabe der Medikamente erfolgt durch ein und dieselbe Person (Pflegefachkraft bzw. Arzt)
- Die Ausgabe der Medikamente aus der Originalverpackung - zur Überprüfung und sicheren Identifizierung des jeweiligen Medikaments - erfolgt im Patientenzimmer jeweils für einen Patienten gemäß den Anordnungen in der mitgeführten Patientenkurve unter Berücksichtigung der 5 R-Regel (richtiger Patient, richtiges Medikament, richtige Dosis, richtige Applikationsart, richtiger Zeitpunkt).
- Alle verabreichten Medikamente werden einzeln durch das Namenskürzel der verabreichenden Person abgezeichnet

Die eindeutige Identifizierung des Patienten („richtiger Patient“) erfolgt nach zwei Kriterien: Ansprache und Kontrolle des Namensbändchens, das alle Patienten in den DRK Kliniken Berlin tragen.

Insgesamt wurde der Probelauf deutlich positiv bewertet. Hier drei exemplarische Rückmeldungen:

- Patienten geben positives Feedback über die Ernsthaftigkeit der Medikamentenverteilung
- Pflegekräfte können mit Hilfe der Kurven und Beipackzettel Fragen der Patienten gezielter beantworten
- Die Bereichspflegekraft ist morgens früher beim Patienten, da sie nicht vorher im Dienstzimmer die Medikamente stellen muss

Allerdings wurde als Problem zurückgemeldet, dass sich der Zeitaufwand durch das neue Verfahren erhöhen würde. Eine Analyse zeigte jedoch, dass es zwischen ursprünglichem und neuem Verfahren keinen relevanten Unterschied im Hinblick auf den Zeitaufwand gibt.

Die Geschäftsführung der DRK Kliniken Berlin entschied sich nach dem erfolgreichen Probelauf für die Einführung des von der Arbeitsgruppe entwickelten Medikamentenverteilungsverfahrens. Nicht unerheblich waren die damit verbundenen Investitionen, da dies die Anschaffung von abschließbaren Medikamentenwagen für alle Stationen bedeutete.

Nach einer schrittweisen Einführung über einen Zeitraum von zwölf Monaten werden seit November 2008 die Medikamente auf jeder Station in allen fünf Krankenhäusern der DRK Kliniken Berlin nach diesem einheitlichen Verfahren ausgegeben.

Gunhild Leppin M.A., MBA, DRK-Schwesternschaft Berlin e.V., Mitglied im Vorstand des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

BEISPIEL 2

durch die Zusammenarbeit zwischen Versorgungseinrichtungen, Institutionen, Fachdisziplinen und Berufsgruppen bei der Versorgung von Patienten entstehen und je verdichteter Versorgungsprozesse ablaufen, desto wichtiger wird ein umfassender Ansatz, der die Fehlerproblematik kritisch in den Blick nimmt und alle am Versorgungsprozess Beteiligten bei der Fehlerprävention mit einzubeziehen vermag. Denn Patientensicherheit ist ein komplexes Unterfangen, das alle angeht.

Literaturhinweise und weitere Informationsquellen bei der Verfasserin:
s.barth@aekb.de

Dipl.-Soz. Sonja Barth
Persönliche Referentin des
Präsidenten der Ärztekammer Berlin

Broschüre „Aus Fehlern lernen“



„Die mutigsten Ärzte Deutschlands“ so und in ähnlicher Weise titelte die Tagespresse im Frühjahr 2008. Die Berichterstattung bezog sich auf die Veröffentlichung der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ (APS). Darin schildern Vertreter der Ärzteschaft, der Pflege und anderer Gesundheitsberufe von Fehlerereignissen aus ihrem eigenen Berufsleben. Berichtet wird über die Folgen, die sich für die Patienten ergeben haben, aber auch darüber, wie sich das Erleben von Fehlern aus Sicht der beteiligten Ärzte, Pflegekräfte u.a. darstellt. Exemplarisch werden in der Broschüre zwei Fallanalysen ausführlich vorgestellt.

Mit der Broschüre sollte ein öffentlichkeitswirksames Zeichen dafür gesetzt werden, dass das Lernen aus Fehlern – und nicht das Verbleiben bei der Suche nach „Schuldigen“ – höchste Priorität besitzt. Die durchgängig positiven Reaktionen auf die Publikation zeigen, dass dies gelungen ist.

Mit „Sauberen Händen“ zu mehr Patientensicherheit

Die „AKTION Saubere Hände“ startete am 1. Januar 2008 als nationale Kampagne zur Verbesserung der Compliance der Händedesinfektion in deutschen Krankenhäusern unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Die Aktion ist Bestandteil einer weltweiten Kampagne der WHO „Clean Care is Safer Care“ zur Verbesserung der Patientensicherheit. Um eine dauerhafte Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens zu erreichen, ist die Zusammenarbeit der Experten für Infektionsprävention, der Mitarbeiter im Qualitätsmanagement und der Vertreter der Patientensicherheit eine wichtige Voraussetzung. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit, die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. und das Nationale Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen haben deshalb eine entsprechende Initiative für deutsche Gesundheitseinrichtungen gestartet. Diese wird vom Bundesministerium für Gesundheit bis zum Jahre 2010 gefördert.

Die Kampagne hat folgende Ziele:

- Die hygienische Händedesinfektion soll als evidenzbasierte Infektionskontrollmaßnahme wieder in den Fokus gerückt werden.
- Verbesserung des Händedesinfektionsverhaltens und damit der Patientenversorgung durch Reduktion von Krankenhausinfektionen
- Etablierung der Händedesinfektion als einen Parameter für die Qualität in der Patientenversorgung
- Stärkere Wichtung der Händedesinfektion in der Aus- und Weiterbildung.



Bis zum 30. November 2008 haben sich 425 Krankenhäuser zur aktiven Teilnahme an der Aktion entschlossen. Darunter befinden sich 12 Universitätskliniken und über 200 Lehrkrankenhäuser. Mehrere Berliner Krankenhäuser, darunter auch die Charité, haben die Teilnahme an der Kampagne beschlossen (siehe Liste der Krankenhäuser unter www.aktion-sauberehaende.de). Den Auftakt bildete der erste Aktionstag zur Händedesinfektion am 22. Oktober 2008. Im Laufe der nächsten zwei Jahren werden Mitarbeiter geschult, Poster und Comics platziert, Messungen der Compliance der Händedesinfektion durchgeführt sowie die Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern kritisch überprüft.

Aufgrund der großen Nachfrage wurde die Aktion auf Rettungsdienste, ambulante und stationäre Dialysezentren und Funktionsbereiche angepasst. Auch Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen nutzen nachweislich die Instrumente und Materialien der Aktion. Die Aktion wird sich im nächsten Jahr verstärkt der Thematik Händedesinfektion in der Aus- und Weiterbildung widmen. Schwerpunkt dabei ist die Beibehaltung des erlernten positiven Verhaltens der jungen Mitarbeiter bei Eintritt in das Berufsleben.

Christiane Reichardt, Petra Gastmeier, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universitätsmedizin Berlin, Charité

Netzwerk CIRS-Berlin

Kritische Ereignisse Ein regionales Berichtssystem

Analysen von kritischen Ereignissen aus der Medizin wie auch Erfahrungen aus der Fliegerei, der Nuklear- und Ölindustrie oder anderen komplexen Systemen haben gezeigt, dass schwerwiegende Zwischenfälle in den seltensten Fällen das Ergebnis von Fehlhandlungen oder Versagen Einzelner sind. Vielmehr sind sie das Produkt eines multifaktoriellen Geschehens, einer Kette unglücklich zusammentreffender kritischer Ereignisse, die – jedes für sich genommen – unschädlich oder gar unbedeutend gewesen wären.

Eine wichtige Grundlage zum Verständnis dieses multifaktoriellen Geschehens bilden Fehlerberichts- und Lernsysteme oder Critical-Incident-Reporting-Systeme (CIRS). Dabei werden möglichst viele kritische Ereignisse, die beinahe zu einem Schaden geführt hätten, in einer Datenbank gesammelt und analysiert. Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse werden Methoden entwickelt, die Fehlerquellen zu beseitigen. Der gewonnene Berichtspool ist aber auch für alle Interessierten einsehbar. Damit ist die Möglichkeit gegeben, aus den berichteten kritischen Ereignissen zu lernen und sie künftig vermeiden zu helfen. Berichtssysteme dienen somit ganz unmittelbar der Patientensicherheit.

Das Projekt

Um Krankenhäuser bei der Einrichtung von Berichtssystemen zu unterstützen und ein einheitliches Reporting von kritischen Ereignissen im Gesundheitswesen über alle Fachdisziplinen hinweg zu fördern, hat die Ärztekammer Berlin in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) jetzt das regionale Netzwerk CIRS-Berlin

ins Leben gerufen, dem inzwischen eine Reihe von Berliner Krankenhäusern beigetreten sind. Ende vergangenen Jahres hat das Netzwerk CIRS-Berlin seine Arbeit aufgenommen. Das Projekt ist zunächst als zweijähriges Modell-Projekt konzipiert. Im ersten Jahr werden ausschließlich Kliniken teilnehmen, im zweiten Jahr erhalten auch gebietspezifische Gruppen niedergelassener Ärzte die Möglichkeit, sich zu beteiligen.

Wie arbeitet das Netzwerk?

Zunächst unterstützen ÄKB und ÄZQ interessierte Häuser bei der Einrichtung der technischen Voraussetzungen für den Aufbau eines CIRS. Das hierfür verwandte System baut auf CIRS.medical.de auf, das als fachübergreifendes System vom 108. Deutschen Ärztetag empfohlen wurde. Nachdem die Grundlagen geschaffen sind, leiten die von den Häusern eingesetzten Vertrauenspersonen über eine Schnittstelle Berichte über kritische Ereignisse oder Beinahe-Schäden an den gemeinsamen Berichtspool des Netzwerks CIRS-Berlin weiter. Daneben haben aber auch Häuser, die bereits über ein eigenes CIRS verfügen, sowie alle Mitarbeiter aus den Häusern die Möglichkeit, Berichte direkt in ein Online-Berichtsformular einzutragen, das über die unten stehenden Internet-Adressen aufrufbar ist. Auf der Basis dieser Berichte beginnen die Gremien des Netzwerks mit ihrer Arbeit. Gleichzeitig können auch Interessierte die eingegangenen Berichte im Berichtspool des Netzwerks einsehen, kommentieren und Vorschläge unterbreiten, die dann wiederum von den Gremien aufgegriffen werden.

Welche Chancen bietet das Netzwerk CIRS-Berlin?

Fehlerberichts- und Lernsysteme aufzubauen, die eigenen kritischen Ereignisse zu analysieren und notwendige Veränderungen herbeizuführen, stößt häufig noch auf Befürchtungen vielfältiger Art bei ärztlichem und Pflegepersonal ebenso wie bei Geschäftsführungen. Sowohl

die Kritischen Ereignisse selbst als auch den Umgang mit ihnen in einem größeren Kontext zu betrachten, gemeinsam Wege zu finden, CIRS als konstruktives und lebendiges Verfahren zu etablieren und Strategien zur Vermeidung von Fehlern zu entwickeln, ist deshalb der Grundgedanke des Netzwerks.

Es bietet den beteiligten Kliniken die Möglichkeit,

- ihre Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden in dem gemeinsamen Berichtspool zusammenzuführen und so auf einen größeren Fundus von kritischen Ereignissen zurückgreifen zu können,
- einrichtungs- und fachübergreifend Fehlerquellen zu analysieren und so typische Entstehungsmuster und fehlerbedingte Komplikationen zu erkennen,
- ihren Umgang mit kritischen Ereignissen und Fehlerquellen auszutauschen und neue Potenziale zur Früherkennung und Vermeidung von Risiken medizinischer Behandlung zu finden,
- ihre Erfahrungen aus der Praxis bei der Einrichtung und der Weiterentwicklung des CIRS im direkten und kontinuierlichen Dialog für alle Projekt-Teilnehmer nutzbar zu machen,
- im Rahmen des Modell-Projekts ein technisch einfaches und kostengünstiges einrichtungsinternes CIRS aufzubauen.

Wahrung der Anonymität

Die Anonymität des Berichtenden, der Einrichtung, aus der berichtet wird und nicht zuletzt des betroffenen Patienten hat oberste Priorität. Deshalb werden alle für das Netzwerk CIRS-Berlin bestimmten Berichte aus den Kliniken, bevor sie zur Einsicht freigegeben werden, von den CIRS-Vertrauenspersonen der Häuser anonymisiert. Das ÄZQ überprüft, ob die Anonymität gewährleistet ist. Bei Bedarf wird nachanonymisiert. Erst dann werden die Berichte im Berichtspool zur Einsicht für Interessierte freigegeben. Auch die Gremien des

Netzwerks arbeiten ausschließlich mit den anonymisierten Berichten. Selbstverständlich werden alle Berichte, die in das Online-Berichtsformular eingetragen werden, technisch so verschlüsselt, dass eine Rückverfolgung zum Berichtenden oder zum Haus, aus dem die Berichte kommen, nicht möglich ist.

Die Gremien

Das Anwender-Forum ist das Gremium für die kontinuierliche inhaltliche Arbeit des Projekts. In ihm sind alle beteiligten Einrichtungen durch ihre Vertrauensper-

sonen sowie Vertreter der ÄKB und des ÄZQ repräsentiert. Für häufig auftretende oder in ihrem Ergebnis besonders gravierende kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden werden Fachgruppen eingerichtet. In ihnen entwickeln Personen aus dem ärztlichen und pflegerischen Bereich mit spezifischen Fachkenntnissen speziell auf die Fragestellung zugeschnittene Lösungsstrategien. Für die Begleitung, Steuerung und Weiterentwicklung des Modell-Projekts wurde eine Steuergruppe eingesetzt, die sich aus Vertretern der ÄKB, des ÄZQ sowie

aus den vom Anwender-Forum gewählten Sprechern zusammensetzen. Weitere Informationen zum Thema sowie das Online-Berichtsformular/Berichtepool des Netzwerks CIRS-Berlin sind über folgende Internet-Adressen erreichbar:
www.aerztekammer-berlin.de
 (Kapitel Qualitätssicherung),
www.aezq.de und www.cirs-berlin.de

Angelika Mindel-Hennies
 Leiterin Projekt Qualitätssicherung
 Ärztekammer Berlin

INTERVIEW



Foto: Stiebitz

Berlins Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz setzt sich auf vielfältiger Ebene für Patientensicherheit ein. Der 50-jährige Chirurg ist Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer, stellvertretender Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. und Vertreter der Bundesregierung in internationalen Angelegenheiten zur Patientensicherheit. Daneben ist er Vorsitzender der Gesellschafterversammlung der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) und Vorstandsmitglied des EbM-Netzwerkes.

Herr Dr. Jonitz, warum geht das Thema Patientensicherheit alle Ärztinnen und Ärzte an?

Die Medizin ist komplexer und aufwändiger, die Patienten sind multimorbid und/oder anspruchsvoller, die Rahmenbedingungen haben sich massiv verschlechtert. Dadurch ist das Risiko der Behandlung gestiegen. Dieses Risiko muss und kann minimiert werden.

Wie schätzen Sie die Versorgung der Patienten in Deutschland im internationalen Vergleich ein?

In den aktuellen Studien rangiert das deutsche Gesundheitswesen nach wie vor auf vorderen Plätzen, was Qualität und Sicherheit angeht. Dies belegt beispielsweise das weitgehend seriöse Gutachten der OECD, wo wir auf Platz 2 liegen. Eigene Zahlen zur Schadenshäufigkeit liegen für Deutschland noch nicht vor. Bei durch die Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen belegten ca. 500 durch Behandlungsfehler verstorbenen Patienten und einer Dunkelziffer von ca. Faktor 20 ist das deutsche Gesundheitswesen nicht sicherer, aber auch nicht unsicherer als andere.

Wo sehen Sie gegenwärtig die größten Defizite?

Die größten Defizite liegen im Bereich der Organisation und Kommunikation. Es herrscht oft eine erschreckende Unkenntnis über die eigentlichen Ursachen von Behandlungsschäden – bei gleichzeitiger Bereitschaft, gegebenenfalls jemanden zum Sündenbock zu machen.

Daneben müssen Behandlungsabläufe sicherer gemacht werden, z. B. hochkonzentriertes Kalium nicht neben physiologischer Kaliumlösung lagern. Dazu ist es nötig, offen über Schwierigkeiten und Probleme reden zu können und von den Verantwortlichen ernst genommen zu werden. Zum Glück ändert sich das momentan!

Und was läuft aus Ihrer Sicht in Deutschland besonders gut?

International einzigartig scheint die aktive Rolle der Ärzteschaft zu sein. Zumindest der Chefredaktion des British Medical Journal ist kein anderes Ärztenparlament bekannt, das einstimmig den konstruktiven Umgang mit diesem Thema beschlossen hat.

Warum engagiert sich die Ärztekammer Berlin so stark im Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)?

Die Ärztekammer Berlin hat das Thema ins Rollen gebracht und wird sich an der Umsetzung weiter aktiv beteiligen. Unsere Mitglieder haben dadurch die Chance, neueste Erkenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, von den internationalen Kontakten ganz abgesehen. Die Netzwerkorganisation APS hat den großen Vorteil der Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe, die Zusammenarbeit unterschiedlicher Blickwinkel und die Möglichkeit der dezentralen Umsetzung.

Das Gespräch führte Sascha Rudat

Online-Fortbildungspunkte-konto – Anmeldung leichter als gedacht

Im Sommer wird es ernst: Am 30. Juni dieses Jahres müssen erstmals niedergelassene Ärztinnen und Ärzte 250 Fortbildungspunkte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nachweisen. Damit rücken für viele Ärzte die Fortbildungspunktekonten stärker als bisher in den Fokus. Die Möglichkeit, ihre Konten online über das Mitgliederportal der Kammer zu verwalten, haben inzwischen schon zahlreiche Ärzte wahrgenommen. Für diejenigen, die diese komfortable – und selbstverständlich freiwillige – Möglichkeit bisher noch nicht nutzen, möchten wir die Anmeldung noch einmal kurz erklären. Es ist leichter als Sie denken.

Von Sascha Rudat

Im vergangenen Sommer hat die Ärztekammer Berlin an alle ihre Mitglieder Briefe mit den Anmeldeunterlagen geschickt. Dieser **1. Brief** beinhaltet Ihren **Benutzernamen** sowie eine Einwilligungserklärung mit Postident-Coupon. Sollten Sie den Brief noch haben, so können Sie ihn auch jetzt noch uneingeschränkt zur Anmeldung nutzen. Wer aber diesen Brief nicht mehr findet, kann die Unterlagen bequem per Mail neu bei der Kammer beantragen unter:

mitgliederportal@aekb.de

Als Angaben genügen der Name, das Geburtsdatum und – wenn möglich – die Arztnummer.

Wenn Sie den Brief haben, kommt der Teil der Anmeldung, den Sie leider nicht vom Computer aus erledigen können: Mit der unterschriebenen Einwilligungserklärung und einem gültigen Personalausweis (bzw. Reisepass mit Meldebestätigung) suchen Sie eine beliebige Postfiliale auf. Dort stellt der Postmitarbeiter Ihre Identität fest. Zusammen mit der Einwilligungserklärung schickt er die Identitätsfeststellung an die Kammer. Das Porto übernehmen wir. Dieses scheinbar aufwändige Verfahren ist notwendig, um Ihnen die nach gegenwärtigem technischen Stand bestmögliche Sicherheit zu gewährleisten.

Von der Ärztekammer erhalten Sie dann einen **2. Brief** mit einem so genannten Erstzugangs-Passwort. Halten Sie bitte noch Ihr Approbationsdatum bereit. Jetzt haben Sie alles zusammen, um sich online anzumelden. Dazu suchen Sie die Homepage der Ärztekammer auf

www.aerztekammer-berlin.de ► Mitglieder-Portal ► Zugang zum Portal hier!

Dort gehen Sie auf „Neuanmeldung“. Dort füllen Sie bitte alle (!) Felder aus. Den Benutzernamen haben Sie mit dem **1. Brief** der Kammer erhalten, das Passwort mit dem **2. Brief**. Wichtig ist auch eine gültige E-Mail-Adresse. Haben Sie alle Felder korrekt ausgefüllt und ein Häkchen an die Datenschutzerklärung gesetzt, klicken Sie auf Senden. Das System schickt jetzt eine Mail an die von Ihnen angegebene E-Mail-Adresse. Den darin enthaltenen Link müssen Sie anklicken, damit die Anmeldung aktiviert wird. Dies muss innerhalb von sieben Tagen geschehen, sonst müssen Sie sich neu anmelden (nur neu anmelden, **keine** neuen Zugangsdaten beantragen!). Von dort werden Sie zur Anmeldeseite geleitet, wo Sie Ihren Benutzernamen und Ihr Passwort erneut eingeben. Hier müssen Sie nur noch zur Sicherheit Ihr Passwort ändern. Gleichzeitig können Sie auch noch einen anderen Benutzernamen wählen (sofern noch nicht vergeben). Diese Änderung können Sie aber auch jederzeit später noch durchführen – genauso wie Änderungen der E-Mail-Adresse. Herzlichen Glückwunsch, Sie haben es geschafft! Sie haben sich erfolgreich im



Mitglieder-Portal der Ärztekammer Berlin angemeldet. Alle Schritte finden Sie auch detailliert im Internet unter

www.aerztekammer-berlin.de ► Mitglieder-Portal ► Zugang zum Portal hier!

als Kurzanleitung und als ausführliche Beschreibung.

Passwort oder Benutzernamen vergessen?

Sollten Sie sich bereits erfolgreich angemeldet haben, aber Ihren Benutzernamen oder Ihr Passwort vergessen haben, können Sie sich beides neu per Post zuschicken lassen. Dazu gehen Sie auf Login im Mitglieder-Portal und klicken den Link rechts

unten an. Jetzt müssen Sie Ihre EFN (Fortbildungsnummer) und Ihr Geburtsdatum eingeben. Anschließend wählen Sie aus, was Sie zugeschickt bekommen möchten: Passwort oder Benutzernamen. Sie erhalten dann per Post ein neues Passwort oder einen neuen Benutzernamen.

srd

Die 7 Schritte zur Anmeldung in Kurzform

1. Die ÄKB hat Ihnen einen Brief mit Benutzernamen und Einwilligungserklärung mit Postident-Coupon geschickt. (Falls Sie den Brief verlegt haben, können Sie ihn unter mitgliederportal@aekb.de neu beantragen).
2. Sie geben den Postident-Coupon mit Einwilligungserklärung in einer Deutschen Post-Filiale ab. Bitte Ausweispapiere mitnehmen!
3. Die Post prüft Ihre Identität und schickt die Unterlagen an die ÄKB.
4. Die ÄKB schickt Ihnen einen 2. Brief mit dem Erstzugangspasswort.
5. Sie melden sich mit dem Benutzernamen aus dem 1. Brief und dem Erstzugangspasswort aus dem 2. Brief im Mitglieder-Portal an. Halten Sie Ihr Approbationsdatum bereit.
6. Sie erhalten einen Link per E-Mail. Diesen klicken Sie zur Aktivierung des Zugangs an.
7. Sie loggen sich mit Benutzernamen und Passwort erneut ein und ändern Ihr Passwort.

ANZEIGE

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informationen zu Unterthemen

und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessenschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema/ Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 16.01.–17.01.2009 (Teil D) 06.02.–07.02.2009 (Teil B)	Veranstaltungsreihe der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Suchtakademie Berlin Brandenburg Erwerb der Zusatzweiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung Teil D: Motivierende Gesprächsführung Teil B: Illegale Drogen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39–40 13359 Berlin	Information: Ärztekammer Berlin Tel.: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Teilnahmegebühr: 130 € je Kursteil (Ermäßigung für arbeitslose Ärzte, PJ-ler und Arzthelferinnen möglich)	15 P pro Kursteil
■ 12.01.–21.01.2009 (Kursteil C1) 21.01.–30.01.2009 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Kurse C1 und C2 gesamt: 920 € Kurse C1 und C2 getrennt: je 460 €	
■ 13.02.–14.02.2009	38. Symposium für Juristen und Ärzte: Wettbewerb im Gesundheitswesen – rechtliche und ethische Grenzen Veranstalterin: Kaiserin-Friedrich-Stiftung	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin	Information: Kaiserin-Friedrich-Stiftung Robert-Koch-Platz 7 10115 Berlin E-Mail: kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de Telefon: 30888920, Fax: 30888926 Anmeldung erforderlich (Anmeldeschluss 08.02.2009)	12 P
■ 23.02.–25.02.2009	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich Gebühr: 230 €	21 P
■ 25.02.–27.02.2009: ■ 27.02.2008:	Spezialkurs im Strahlenschutz: – bei der Röntgendiagnostik – bei interventioneller Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: fb-aag@aekb.de Telefon: 40806-1215 Anmeldung erforderlich! Gebühren: Spezialkurs Röntgendiagnostik: 200 € Spezialkurs CT: 60 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs / interventionelle Radiologie)
■ Modul I: 20.–21.02.2009 Modul II: 13.–14.03.2009 Modul III: 15.–16.05.2009	Strukturierte curriculäre Fortbildung: Grundlagen der medizinischen Begutachtung (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: E-Mail: begutachtung2009@aekb.de Anmeldung erforderlich Gebühren: 400 €	40
BITTE BEACHTEN SIE DIE VERÄNDERTE TERMINPLANUNG ■ 3 Präsenzmodule: 23.–28.02.2009 20.–25.04.2009 25.–30.05.2009	Weiterbildungskurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. (weitere Informationen s. S.25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1400 E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de	50 P pro Modul
■ 05.03.–07.03.2009	Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information/Anmeldung: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	30 P

Kursangebot der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Weiterbildungskurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Jahr 2009 als Kompaktkurs innerhalb von drei Monaten veranstaltet. Dabei werden alle drei Stufen des Curriculums im Rahmen dieser drei Monate absolviert. Die drei intensiven Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Fachärzte 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.

Für eine vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre und die effektive Beteiligung jedes Einzelnen ist die Teilnehmerzahl (Ärzte und Angehöriger anderer Berufsgruppen im Gesundheitswesen) begrenzt. Das methodisch-didaktische Konzept des Kurses sieht eine Ausrichtung der theoretischen Inhalte auf die praktischen Tätigkeiten und Erfahrungen der Teilnehmer vor. Im Kurs werden wesentliche Kenntnisse über die Instrumente des Qualitätsmanagements, die Steuerungselemente in Gesundheitssystemen sowie über ökonomische Modelle und Theorien und deren wirksame Anwendung vermittelt. Die Teilnehmer werden in die Lage versetzt, die strategische Bedeutung des Faktors Qualität in Gesundheitssystemen einzuschätzen und mit den im Kurs vorgestellten Instrumenten der Qualitätsplanung, Qualitätsregelung, Qualitätsmessung, Qualitätsverbesserung und Qualitätspolitik Projekte im Rahmen der Qualitätssicherung methodisch zu bearbeiten.

In den drei Präsenzphasen findet der Kurs jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr statt.

HINWEIS: Bitte beachten Sie die veränderte Terminplanung

23.02.2009 bis 28.02.2009

Inhalte z.B.: Einführung in das Qualitätsmanagement; Gesetzliche Regelungen; Qualitätsmanagement-Instrumente/ Zertifizierung; Budgetierung/ Controlling; Qualitätsberichte; Projekt-/ Veränderungsmanagement

20.04.2009 bis 25.04.2009

Inhalte z.B.: Training zum TQM-Assessor nach EFQM (European Foundation for Quality Management); Gesundheitsökonomie; Externe Qualitätssicherung; Moderations-/ Präsentationstechniken; EbM, Leitlinien/ Behandlungspfade; Gesundheitsökonomie

25.05.2009 bis 30.05.2009

Inhalte z.B.: Patientensicherheit; Fehlermanagement; Vorstellung erfolgreicher Praxisprojekte, Qualität aus Patientensicht, berufsübergreifende Versorgung

Weitere Informationen erhalten Interessenten:

telefonisch unter Tel.: 40 806-1207 (Organisatorisches) und Tel.: 40 806-1400 (Inhaltliches) oder per E-Mail: QM-Kurs2009@aekb.de

Strukturierte Curriculäre Fortbildung

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein 40-Stunden-Kurs in drei Modulen basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Februar 2009 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis die Fortbildung „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als strukturierte curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten; die Ergebnisse werden im Plenum zusammengefasst.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité – Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine:

Modul I:	20./21.02.2009
Modul II:	13./14.03.2009
Modul III:	15./16.05.2009

(freitags jeweils 15-19 Uhr; samstags jeweils 9-13 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird das Zertifikat „Strukturierte Curriculäre Fortbildung (ÄKB) Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ ausgestellt. Dieses Zertifikat ist ankündigungsfähig. Für die Teilnahme an allen drei Modulen werden insgesamt 40 Fortbildungspunkte vergeben.

Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,00 €.

Weitere Informationen erhalten Sie telefonisch (Tel.: 030 40806-1215) oder per E-Mail: fb-aag@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und umfasst:

- 1) 9 Stunden Theoriekurs
- 2) 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
- 3) 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV

Termine (Theoriekurs): 26.03.2009 (1. Termin); der 2. und 3. Termin werden noch bekanntgegeben

Uhrzeit: jeweils 19:00 – 21:15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550 Euro

Information und Anmeldung: Telefon: 40806-1203
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Befreiung von Kammerbeiträgen für untere Einkommen

Bericht von der Delegiertenversammlung am 12. November 2008

Die wirtschaftliche Zukunft der Kammer hat traditionell die letzte Delegiertenversammlung im Jahr 2008 bestimmt. Neben dem Jahresabschluss 2007 hatten sich die Delegierten mit dem Wirtschaftsplan 2009 zu befassen. Wie auch in den Jahren zuvor legten sie sich auf einen soliden Kurs fest. Heftige Diskussionen gab es zwischen den Fraktionen aber vor allem um die Bewertung der Vermögenssituation der Kammer und damit verbundenen Beitragssenkungen. Das Ärzteparlament einigte sich schließlich auf einen Wegfall der Kammerbeiträge für Ärzte mit einem Einkommen unter 20.000 Euro jährlich. Ein weiterer wichtiger Themenblock war der aktuelle Stand der Weiterbildung. Daneben wurden der langjährige Geschäftsführer der Kammer, Gerhard Andersen, von den Delegierten verabschiedet sowie sein Nachfolger Michael Hahn begrüßt (s. Vorstellung auf Seite 14).

Von Sascha Rudat

Wir können Ihnen eine gute Bilanz „präsentieren“, fasste Schatzmeister Rudolf Fitzner (Liste Allianz) das Wirtschaftsjahr 2007 zusammen. Dies machen auch die Zahlen deutlich. So lagen die Erträge mit rund 10,15 Millionen Euro rund 980.000 Euro über dem Plan. Gleichzeitig wurden rund 190.000 Euro weniger ausgegeben als geplant. Dieses Plus von 1,17 Millionen Euro führte dazu, dass statt einer Entnahme von 346.000 Euro dem variablen Kapital 821.000 Euro zugeführt werden konnten. Damit nimmt die Liquidität der Kammer deutlich zu.

Gründe für das positive Ergebnis waren unter anderem ein Plus von 374.000 Euro bei den Beiträgen, Mehreinnahmen von 135.000 Euro bei den Gebühren für die Befugniserteilung in der Weiterbildung sowie 112.000 Euro höhere Gebühren bei der Zertifizierung von Fortbildungsveran-

staltungen, wie der Kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, den Delegierten erläuterte.

Auf der Seite der Aufwendungen machten sich den Angaben zufolge vor allem weniger Kosten für die überbetriebliche Ausbildung, Prüfung sowie Fort- und Weiterbildung der Arzthelferinnen, weniger Honorare und Reisekosten im Bereich der Fortbildung, weniger Umlagen für die Bundesärztekammer und die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen, geringere Aufwendungen für den Vorstand sowie geringere Ausgaben bei Bürobe-
darf und Porto bemerkbar.

Nachdem die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO festgestellt hatte, dass die wirtschaftlichen Verhältnisse der Kammer geordnet sind, gab der Vorsitzende der Haushaltskommission, Reinhold Grün, den Delegierten die Empfehlung, den Jahres-

abschluss 2007 festzustellen und den Vorstand zu entlasten. Dies taten die Delegierten einstimmig.

Für das Jahr 2008 rechnete Frank Rosenkranz bei den Erträgen mit einem Plus in Höhe von rund 233.000 Euro (u.a. wegen Rückzahlungen der BÄK-Neubauumlage sowie wegen Mehreinnahmen bei den Gebühren für die Fortbildungszertifizierung). Dem gegenüber stehen seinen Angaben zufolge aber Mehraufwendungen von voraussichtlich 227.000 Euro u.a. wegen notwendiger höherer Personalkosten (u.a. höhere Tarifabschlüsse TVöD Bund) und höherer Prüferentschädigungen in der Weiterbildung. Damit sinkt das prognostizierte Minus leicht auf 192.000 Euro. Wie Rosenkranz betonte, gibt es aber einige Unsicherheiten bezüglich der Rückstellungen sowie der tatsächlichen Beitragseinnahmen.

2009 höhere Unterdeckung

Im Anschluss erläuterte der Kaufmännische Leiter den Wirtschaftsplan 2009. Zu rechnen sei mit höheren Personalkosten in den Bereichen Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung. Durch die geplante Änderung der Beitragsordnung und dem damit verbundenen Wegfall der Beitragsstufen 1 und 2 sowie der Beitragsbefreiung der Stufe 3 (Einkommen unter 20.000 Euro) würde ein Minus von rund 100.000 Euro entstehen. Gleichzeitig seien aber Beitragsmehreinnahmen in ähnlicher Größenordnung zu erwarten, so dass es zu einem Ausgleich komme. Nach Angaben von Reinhold Grün hatte man in der Haushaltskommission eine Anhebung der Prüferentschädigungen in der Weiterbildung von insgesamt über 600.000 Euro diskutiert, die durch Gebühren gegenfinanziert werden sollten. Dafür habe sich keine Mehrheit gefunden. „Eine Erhöhung in dieser Höhe ist nicht mit der ehrenamtlichen Arbeit in der Kammer vereinbar“, sagte Grün. Man habe die Effizienzsteigerung sowie eine stärkere Verlagerung auf die hauptamtliche Ebene diskutiert. Im Wirtschaftsplan ist nun eine Erhöhung der Prüferentschädigungen um 73.000 Euro vorgesehen.

In €	Plan 2007	Ist 2007	Abweichung
Erträge	9.172.525,-	10.149.496,-	+976.971,-
Aufwendungen	-9.518.692,-	-9.328.053,-	-190.639,-
Ergebnis	-346.167,-	+821.442,-	+1.167.609,-

■ Anstatt einer Entnahme von 346 T € wurden dem variablen Kapital 821 T € zugeführt.

Insgesamt rechnet der Plan im Jahr 2009 mit Erträgen in Höhe von 9,63 Millionen Euro. Dem gegenüber stehen Aufwendungen in Höhe von 10,93 Millionen Euro. Das ergibt eine Unterdeckung von 561.000 Euro. Zusammen mit der Unterdeckung aus dem Jahr 2008 bedeutet dies eine Kapitalentnahme von 759.000 Euro. Diese Unterdeckung wird durch die positiven Ergebnisse von 2005 bis 2007 in Höhe von rund 2,29 Millionen Euro aufgefangen. Die Kammer ist also auf zusätzliches Fremdkapital in den nächsten Jahren nicht angewiesen.

Wie Rosenkranz erläuterte, besteht neben dieser Unterdeckung das Risiko einer Steuernachzahlung in Höhe von rund 700.000 Euro für die Erstellung der Kammerzeitschrift BERLINER ÄRZTE aufgrund einer möglichen Neubewertung der steuerrechtlichen Stellung durch die Finanzbehörden. Insgesamt beliefen sich die Risiken der Kammer bis 2010 auf rund 2,2 Millionen Euro, gab Schatzmeister Fitzner zu bedenken.

Umstrittene Vermögenssituation

Diese Bewertung teilten einige Delegierte der Fraktion Gesundheit nicht. Julian Veelken kritisierte, dass die Einschätzungen der Einnahmenseite in den vergangenen Jahren immer „sehr konservativ“ gewesen seien. Statt einer Unterdeckung habe es letztlich immer ein positives Ergebnis gegeben. Nach seiner Schätzung gebe es bis zum Jahr 2012 ein Plus von 1,5 Millionen Euro. „Es kann nicht Aufgabe der Kammer sein, Vermögen zu bilden. Die Beiträge dienen dazu, die laufenden Ausgaben zu decken“, pflichtete ihm Fraktionskollege Volker Pickerodt bei. Beide kritisierten auch die Sondertilgungen für das Gebäude der Kammer. Die damit verbundenen Schulden stellten eine Vermögensbildung dar, was zu Lasten der jetzigen Generation gehe. Die Delegierten der Fraktion Gesundheit sprachen sich stattdessen für eine stärkere Beitragsenkung aus. „Ich kann nicht sehen, was dagegen spricht, die Beiträge stärker zu senken, als es der Vorschlag des Vorstandes vorsieht“, fasste Veelken zusammen.

Schatzmeister Fitzner erwiderte, dass man immer noch eine Schuldensituation habe. Von Vermögensanhäufung könne also keine Rede sein. Außerdem erhöhe man durch die Änderung der Beitragsordnung die Zahl der beitragsfrei gestellten Ärztinnen und Ärzte von 4.000 auf 7.000. Vizepräsident Elmar Wille (Liste Allianz) wandte ein, dass erwartete Beitragsmehreinnahmen „ungedechte Schecks“ seien. „Wir legen Wert darauf, dass wir nachfolgenden Generationen kein schuldenbelastetes Haus hinterlassen“, sagte Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) und fügte hinzu: „Die Botschaft des Vorstandes ist klar: Ein schuldenfreies Haus und gleichzeitig Beitragsfreiheit für niedrige Einkommen.“ Vorstandsmitglied Dietrich Bodenstein fasste zusammen: „Jetzt können wir entschulden, jetzt sollten wir entschulden.“

Der Änderungsantrag der Fraktion Gesundheit, der vorsah, neben dem Wegfall der Beitragsstufen 1 und 2 sowie der Beitragsbefreiung der Stufe 3 alle weiteren Beitragsgruppen um 20 Euro zu senken, fand schließlich keine Mehrheit im Ärztenparlament: 11 Ja-Stimmen standen 23 Gegenstimmen und einer Enthaltung gegenüber. Mit 27 Stimmen angenommen wurde dagegen der Vorstandsvorschlag, wonach die Beitragsstufen 1 und 2 wegfallen, die Stufe 3 beitragsbefreit wird sowie die Stufe 4 auf 60 Euro angehoben wird. Der Wirtschaftsplan 2009 wurde im Anschluss mit 27 Ja-Stimmen bei zahlreichen Enthaltungen angenommen.

Dauerbrenner Weiterbildung

Im Anschluss ging es um die aktuelle Situation sowie die Perspektiven in der Weiterbildung. Wie die stellvertretende Leiterin der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, Kerstin Hoeft, erläuterte, zeigte die notwendige Anpassung des Befugnisverfahrens im vergangenen Sommer erste Wirkungen. Als besonders positiv bewertete Hoeft das überarbeitete Online-Formular, das komfortabel und benutzerfreundlich sei.

Bis Ende Oktober konnten 725 Anträge auf Wb-Befugnis erteilt werden. Nach

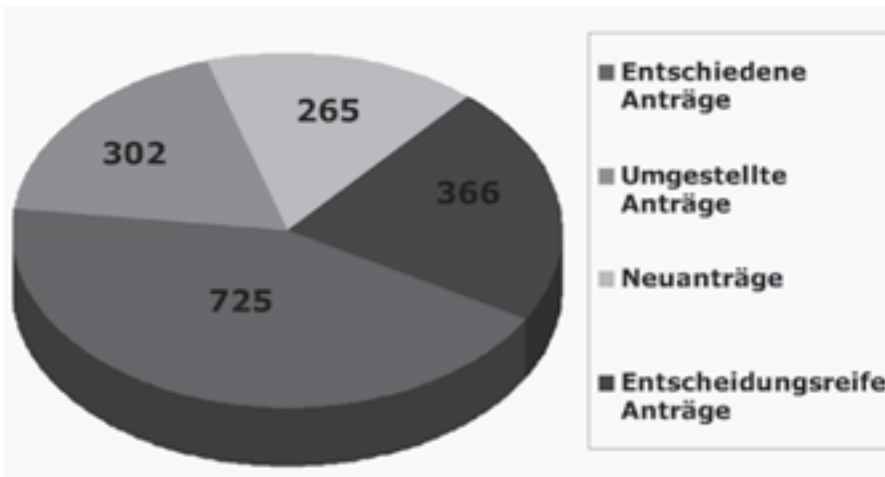
Umstellung des Verfahrens im Sommer seien 265 Neuanträge eingegangen (s. Grafik). Die Antragsbearbeitung sei auf dem Laufenden, damit sei ein zügiges Abarbeiten der Anträge möglich, hob Hoeft hervor. Durchschnittlich seien in den Jahren zuvor rund 400 Anträge entschieden worden, für 2007 seien es schon 1.360 gewesen und für dieses Jahr seien es bis Ende Oktober bereits 1.790 Anträge.

Evaluation vor dem Start

Danach erläuterte Vorstandsmitglied Werner Wyrwich den aktuellen Stand der Evaluation der Weiterbildung. Das bundesweite Projekt unter dem Dach der Bundesärztekammer steht demnach kurz vor dem Start. Nach längerem Vorlauf soll das Projekt auf Grundlage des Schweizer Modells zur Evaluation der FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum – die Dachorganisation der Schweizer Ärzteschaft) im April anlaufen und detaillierte Erkenntnisse über die Situation in der Weiterbildung liefern, wie Wyrwich, der der bundesweiten Steuerungsgruppe angehört, erklärte.

Daraufhin fasste der Vorsitzende des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses (GWbA), Dietrich Bodenstein, den aktuellen Stand des Arbeitskreises Gutachterkriterien zusammen. Der Arbeitskreis habe die bisherigen Anforderungen an Gutachter überarbeitet. Neu sei eine mindestens dreijährige Berufserfahrung im Fach, die Berufstätig-

ANZEIGEN



keitspause dürfe nicht länger als drei Jahre nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit sein, nicht wie bisher fünf Jahre, sowie die Unterzeichnung einer Selbstverpflichtungserklärung und die Teilnahme an einem Kurs „Curriculum Begutachtung“ im Bereich der medizinischen Begutachtung. Er erläutert die Umsetzung der Neukonzeption einschließlich der Gebührenerhebung, wobei die Entwicklung eines Online-Gutachter-Registers hervorzuheben sei.

Zum Thema „Kriterien zur Berufung von Prüferinnen und Prüfern und zum Prüfungsablauf“ äußerte sich im Anschluss Wolfram Singendonk, Mitglied des GWbA und des zuständigen Arbeitskreises. Er führte die Problematik dieses Themas aus, wobei er die geringe Anzahl von Prüferinnen und Prüfern besonders hervorhob. Weitere Probleme seien die Zunahme der Prüfungen für Zusatz-Wb und Schwerpunkte. Mängel gebe es auch bei der Zusammensetzung der Prüfungskommissionen. Auch der Ablauf der Prüfung selbst sollte gewissen Standards unterworfen sein, wie zum Beispiel die Anwesenheit aller Prüfer während der Prüfung, eine ordnungsgemäße Protokollierung, angemessenes Verhalten etc.

Problem: Ausgefallene Prüfungen

Dieses Problem griff der Leiter der Abteilung Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung, Michael Peglau, auf. Als Beispiel schilderte er die Probleme aus der vorhergehenden Woche. So sei zwei Mal der Prüfungsvorsitzende nicht erschienen, eine Prüfung sei ausgefallen, weil nur der Prüfungsvorsitzende an-

wesend gewesen sei und die Beisitzer nicht erschienen seien. Und eine Prüfung habe gar nicht organisiert werden können, da keine Prüfer zur Verfügung gestanden hätten. Deshalb sei um Amtshilfe in Westfalen-Lippe gebeten worden. Dies verursachte eine Prüfungsgebühr von 130 Euro. Der Unmut der Prüfer und der Prüflinge über diese Ausfälle sei verständlich und treffe natürlich die Mitarbeiter der Kammer. Wie Peglau weiter ausführte, würde die Kammer gerne auch samstags Prüfungen durchführen, aber für 16 Euro seien die Prüfer nicht bereit, am Samstag in die Kammer zu kommen. Die Verwaltung sehe deshalb ihre Möglichkeiten als erschöpft an, fügte Peglau hinzu.

Kontroverse Diskussion

Bei der anschließenden Diskussion ging es in zahlreiche Richtungen. Nach Ansicht von Matthias David (Marburger Bund) ist die mangelhafte Zahl der Prüfer nicht eine Frage des Geldes. Er bezeichnete es als „Ehrenpflicht“, Prüfungen abzunehmen. Das Problem sei vielmehr die Kommunikation untereinander, besonders zwischen der Kammer und den Prüfern. Es könne nicht sein, dass in Berlin eine Prüfung nicht stattfinden könne.

Volker Pickerodt sah in den Präsentationen die Realität der Weiterbildung nicht widerspiegelt. Es gebe ein großes Chaos, das der Vorstand angerichtet habe. Aus diesem Grund seien viele Kollegen nicht bereit zu prüfen.

Daraufhin zitierte Kammergeschäftsführer Gerhard Andersen Volker Pickerodt, der im

Jahr 2005 vorgeschlagen hatte, eine Art kreative Arbeitsgruppe zu bilden, die sich mit der Neustrukturierung des Weiterbildungsbereiches befassen sollte. Pickerodt habe damals festgestellt, dass keine Kammer so viele Weiterbildungsausschüsse hätte wie Berlin. Dem habe der damalige GWbA-Vorsitzende Klaus Thierse widersprochen: Berlin leiste sich einen „Luxus, der keinesfalls abgeschafft“ werden sollte. Falls dies doch angedacht werden sollte, so plädierte Andersen für die Einführung einer Arbeitsgruppe, um Geschäftsprozesse zu analysieren und Blockaden aufzuspüren. Bislang seien entsprechende Vorschläge zur Veränderung politisch nicht durchsetzbar gewesen. Am Beispiel der Fortbildung erläuterte Andersen, was machbar sei, wenn Geschäftsprozesse analysiert und entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden. Er regte an, dass sich zukünftige Arbeitsgruppen zur Neustrukturierung der Weiterbildung diese Prozesse unter Berücksichtigung der Unterschiede zwischen Fort- und Weiterbildung ansehen sollten. Pickerodt erklärte sich zur Bildung einer solchen Arbeitsgruppe bereit.

Abschließend forderte Kammerpräsident Jonitz die Abkehr von einer Misstrauenskultur. Man solle nicht jedem Antragsteller Falschangaben unterstellen. Hinschauen, Kontrolle und Evaluation seien die richtigen Mittel. Damit sei man in der Weiterbildung auf dem richtigen Weg.

Geschäftsführer übergibt das Ruder

Am Ende der dreistündigen Delegiertenversammlung bedankte sich der scheidende Kammergeschäftsführer Andersen „für die tolle Zeit“. Das Chaos, das er vor zehn Jahren vorgefunden habe, sei sehr kreativ gewesen, sagte er lachend. Besonders spannend sei während dieser Zeit der Bau des neuen Kammergebäudes gewesen. Im Anschluss lud Andersen die Delegierten zu einem geselligen Ausklang im Foyer der Kammer ein, was diese gerne annahmen.

srd

Exzellente Versorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin

Die Versorgung von Herzinfarktpatienten ist in Berlin top. Bundesweit gesehen sterben in der Hauptstadt am wenigsten Patienten an einem Myokardinfarkt. Dieses sehr positive Ergebnis zieht sich durch alle Altersstufen, wie der Herzbericht 2007 zeigt, der am 17. November auf einer gemeinsamen Pressekonferenz des Berliner Herzinfarktregisters (BHIR) und der Ärztekammer Berlin vorgestellt wurde.

Von Sascha Rudat

Um die Gesundheit der Berliner Bevölkerung ist es in vielen Bereichen nicht zum Besten bestellt. HIV, Krebs, Suchtkrankheiten – die Liste ist lang. Schön, wenn es dann auch positive Entwicklungen zu verzeichnen gibt. Dies ist bei der Versorgung von Patienten mit einem Herzinfarkt der Fall. Denn in Berlin sterben weniger Menschen an Herzinfarkt als anderswo in Deutschland. 22,8 Menschen pro 100.000 Einwohner erlagen 2006 in der Hauptstadt den Folgen eines akuten Myokardinfarkts. Das sind altersbereinigt 66 Prozent weniger als im Bundesdurchschnitt (72,8 Gestorbene pro 100.000 Einwohner), so der 20. Herzbericht, dessen Ergebnisse der Autor Dr. Ernst Bruckenberg auf einer gemeinsamen Pressekonferenz des Berliner Herzinfarktregisters (BHIR) und der Ärztekammer Berlin der Öffentlichkeit vorstellte. Zum Vergleich: In Brandenburg starben im Jahr 2006 106 Menschen pro 100.000 Einwohner an Herzinfarkt.

Nach Angaben des BHIR-Vorsitzenden Professor Dr. med. Heinz Theres liegt eine Ursache für die niedrige Sterberate in der guten Qualität der Versorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin gemessen an der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. „Dies können wir aufgrund des überdurchschnittlichen Engagements für Qualitätssicherung der Berliner Kardiologen, die nunmehr im zehnten Jahr im Rahmen des BHIR Daten sammeln, zeigen“, erklärte Theres. „Da es sich beim akuten Herzinfarkt um einen stationär zu behandelnden Notfall handelt, spielen die notärztliche Erstversorgung und die stationäre Versorgung eine herausragende Rolle“, ergänzte Dr. med. Birga Maier, Leiterin der wissenschaftlichen Dokumentationsstelle des BHIR am Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie der TU Berlin.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, betonte die be-

sondere Bedeutung des BHIR für die Herzinfarktversorgung in Berlin. „Berlin nimmt leider bei vielen Krankheiten – bedingt auch durch soziale Umstände – eine traurige Spitzenposition ein. Dem können wir nur mit einer herausragenden Medizin begegnen. Diese wird im Bereich der Herzinfarktversorgung geleistet“, sagte Jonitz. Durch systematisches Hinschauen und Bewerten im Rahmen des BHIR lernen die Berliner Kardiologen kollektiv. „Das ist ein Ausdruck von ärztlicher Souveränität“, unterstrich der Kammerpräsident.

3 Ebenen der guten Versorgung von Herzinfarktpatienten in Berlin:

Flächendeckende Versorgung (Strukturqualität)

- Berlin bietet aktuell eine beeindruckende, flächendeckende Infrastruktur zur stationären Behandlung von Herzinfarktpatienten (Stand Nov. 2008):
- 36 Kliniken mit Akutversorgung von Herzinfarktpatienten,
- 18 Notarztwagenstützpunkte, davon 15 Standorte an Kliniken
- 19 Kliniken mit 33 Kathetermessplätzen

ANZEIGEN



Dr. Günther Jonitz, Dr. Ernst Bruckenberg, Dr. Birga Maier, Prof. Dr. Heinz Theres (v.l.n.r.)

Leitliniengerechte Versorgung (Prozessqualität)

Für die Behandlung von Herzinfarktpatienten (ST-Hebungsinfarkte) existieren seit Ende 2000 international akzeptierte Leitlinien, anhand derer die Qualität der Versorgung gemessen werden kann. Diese werden in den Berliner Kliniken umgesetzt. Zu den Leitlinien gehört die Wiedereröffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes, die in Berlin inzwischen zu 88% praktiziert wird, wobei ein großer Teil der verbleibenden Patienten entweder die Behandlung aus Altersgründen abgelehnt hat oder medizinische Kontraindikationen zeigte. Zweiter Baustein ist eine Begleit- und Entlassungsmedikation mit bis zu 4 Medikamenten-Substanzgruppen (ASS: 97%, Beta-Blocker: 95%, ACE-Hemmer: 89%, CSE-Hemmer: 85%), die über 85% der Patienten bei Entlassung verabreicht wurde. Leitliniengerechtigkeit der Versorgung – als Parameter zur Messung der Prozessqualität – ist in den am BHIR partizipierenden Kliniken somit ohne Frage gegeben.

Sinkende Krankenhaussterblichkeit (Ergebnisqualität)

In den am BHIR teilnehmenden Kliniken ist die Krankenhaussterblichkeit am

Herzinfarkt in den vergangenen Jahren kontinuierlich von 12,2% (2000/01) auf 6,7% (2006/07) gesunken, das entspräche hochgerechnet 1830 „geretteten“ Herzinfarktpatienten, die seit 2000 verstorben wären, wenn die Krankenhaussterblichkeit gleich geblieben wäre. Für Hochrisikogruppen (z.B. ältere Patienten, Patienten mit Diabetes mellitus, Patienten im Schock bei Klinikaufnahme), die von der leitliniengerechten Therapie am meisten profitieren, bei denen die Eingriffe gleichzeitig aber auch am riskantesten sind, ist der Rückgang der Sterblichkeit noch beeindruckender: So ging bei Patienten über 80 Jahren die Krankenhaussterblichkeit von 26,4% (2000/01) auf 13,8% (2006/07) zurück, das entspräche hochgerechnet 1080 „geretteten“ Patienten seit 2000 (60% aller seit 2000 geretteten Patienten).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Qualität der Versorgung der Berliner Herzinfarktpatienten gemessen an der zur Verfügung stehenden Infrastruktur, der Leitliniengerechtigkeit der Behandlung und der damit assoziierten geringen Krankenhaussterblichkeit sehr gut ist und mit zu der geringen Herzinfarktsterbeziffer beiträgt.

Herzbericht

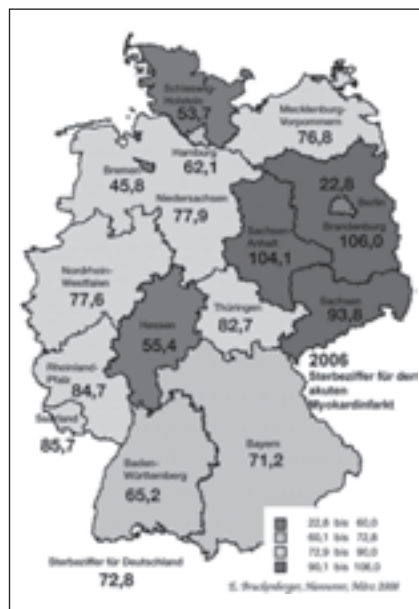
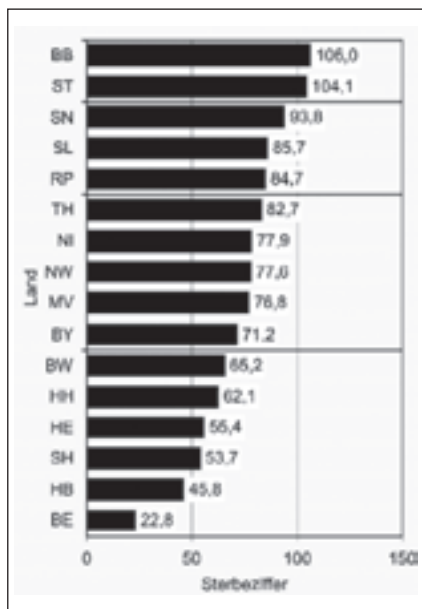
Der Herzbericht wird seit 1989 von Dr. Ernst Bruckenberg, Ministerialrat a.D., veröffentlicht. Er ist die bisher umfangreichste sektorenübergreifende Versorgungsanalyse zur Kardiologie und Herzchirurgie in Deutschland. Neben einem umfangreichen Überblick über die aktuelle Situation und Entwicklung der stationären Morbidität und Mortalität ausgewählter Herzkrankheiten nach Geschlecht und Altersgruppen wird die Angebots- und Leistungsstruktur der Kardiologie und der Herzchirurgie in Deutschland dargestellt. Erstmals wird im Herzbericht 2007 ein Herzinfarktatlàs zur Krankenhausinanspruchnahme und zur Mortalität in den 439 Kreisen Deutschlands vorgestellt.

www.herzbericht.de

Berliner Herzinfarktregister

Im 1998 gegründeten Berliner Herzinfarktregister e.V. werden seit 1999 Daten zur stationären Therapie von Herzinfarktpatienten gesammelt und ausgewertet. Mit Hilfe der Daten werden Versorgungsabläufe dokumentiert und Qualitätssichernde Elemente in den Klinikalltag eingeführt. Dabei steht der Nutzen einer Therapie für den Patienten im Vordergrund. Neben dem Aspekt der Qualitätssicherung für die beteiligten Kliniken im direkten Vergleich liefert das BHIR auch wissenschaftlich fundierte Antworten auf offene Fragen in der alltäglichen Behandlung von Infarktpatienten, zum Beispiel Aussagen zur Häufigkeit bestimmter Medikationen und invasiver Therapieverfahren oder zur Behandlung von Frauen im Vergleich zu Männern bzw. älteren im Vergleich zu jüngeren Patienten. Durch die Veröffentlichung dieser Ergebnisse kann das vorhandene Wissen in die tägliche Praxis überführt werden und zur Verbesserung der Versorgung der Patienten beitragen. In der nunmehr dritten Erhebungsphase nehmen seit dem 1. April 2008 22 Berliner Klinikstandorte am BHIR teil.

www.herzinfarktregister.de



Sterbeziffer des akuten Myokardinfarkts im Ländervergleich 2006

„Wer soll sterben, wenn nicht alle leben können?“

Transplantationsprobleme auf BÄK-Tagung in Berlin diskutiert

Organtransplantation: Ebenso prestige- wie konfliktträchtig. Ein paar der vielen Probleme dieses Gebiets wurden auf einer Tagung der Bundesärztekammer (BÄK) in Berlin zwischen Transplantationsmedizinern und Juristen diskutiert: Der Organmangel und wie sich ihm abhelfen ließe, Verteilungsgerechtigkeit oder die mit der Lebendspende verbundenen Probleme. Es ging darum, die Novellierung des 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetzes im Vorfeld zu ventilieren, auch in Erwartung einer europäischen Richtlinie.

Wir wissen, dass mehr als 80 Prozent der deutschen Bevölkerung die Organspende grundsätzlich befürworten. Dennoch haben derzeit nur etwa 12 Prozent der Deutschen einen Organspenderausweis“, sagte BÄK-Ex- und Ehrenpräsident Karsten Vilmar. Seit das Gesetz gilt, sei die Zahl der Transplantationen nicht gestiegen, sondern auf etwa die Hälfte gesunken (Nieren ausgenommen), wie Herzzentrums-Chef Roland Hetzer mitteilte. „Das Gesetz hat der Transplantation geschadet.“

Es wurden noch andere Gründe genannt: Die Bevölkerung sei noch immer nicht genügend aufgeklärt; „Vorkommnisse“ in manchen Zentren (z.B. Essen) hätten der Spendenbereitschaft geschadet; viele Krankenhäuser kämen ihrer gesetzlichen Pflicht zur Meldung potenzieller Organspender nicht nach; die Lebendspende gelte nach dem Gesetz als subsidiär. Dass es überholungsbedürftig ist, war allen Teilnehmern klar, umstritten war nur, ob es von Grund auf novelliert oder nur in einzelnen Punkten nachgebessert und dem Stand der Medizin angepasst werden muss.

Staat schiebt Rationierungsentscheidungen auf Ärzte ab

Radikale Kritik übten vor allem zwei Juristen, Thomas Gutmann (Münster) und Wolfram Höfling (Köln). Gutmann forderte eine grundlegende Neukonzeption: wegen vieler Fehler und vor allem aus verfas-

sungsrechtlicher Sicht. In der Transplantationsmedizin spitze sich die Frage zu, die sich im gesamten Gesundheitswesen immer deutlicher stelle: „Nach welchen Prinzipien soll der Staat Lebenschancen an Bürger zuteilen (lassen), die an Leben oder Gesundheit bedroht sind, wenn nicht allen von ihnen geholfen werden kann? Wer muss leiden? Wer soll sterben, wenn nicht alle leben können?“

Bei der Zuteilung von Studienplätzen („Lebenschancen“) habe das Bundesverfassungsgericht geurteilt, hier müsse „der Gesetzgeber die grundlegenden Entscheidungen selbst verantworten“. Im Gesundheitswesen aber entlaste sich die Politik allenthalben von den „Zumutungen des Normativen“ und schiebe Rationierungsentscheidungen an die Ärzte bzw. die Selbstverwaltung ab, indem sie als „medizinisch“ umetikettiert würden. Dieser „Entsorgungsmechanismus“ werde bei der Zuteilung der notorisch knappen Organe noch deutlicher als bei den Entscheidungen über das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen.

Wie legitimiert ist die BÄK?

Überdies, so Gutmann weiter, fehle es der BÄK (nur eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern) an der demokratischen Legitimation für ihre Richtlinien-tätigkeit. Beim Festlegen der „eminent grundrechtsrelevanten“ Verteilungsregeln trete sie „weitestgehend an die Stelle des

Gesetzgebers“, und die Mitglieder ihrer Ständigen Kommission Organtransplantation könne sie nach Gutdünken und Opportunität berufen. Auch Eurotransplant, eine private Stiftung niederländischen Rechts, habe als Vermittlungsstelle keine hinreichende verfassungsrechtliche Basis. Betroffenen Patienten werde es fast unmöglich gemacht, Rechtsschutz zu suchen, zumal die Verteilungsregeln geheim seien. Gutmann betrachtet das Transplantationswesen als „Weißen Fleck auf der Karte justizieller Rechtsstaatlichkeit“. Diese verfassungsrechtlichen Bedenken teilt auch Höfling. Er verneinte ebenfalls die Legitimation der BÄK, die mit ihren Richtlinien die Auswahlkriterien zur Organvergabe festlegt. Damit setze sie Normen und übe jene „öffentliche Gewalt“ aus, die nur dem Staat zukomme. Das gesamte Organvermittlungssystem habe keine verfassungsrechtliche Basis.

Das fand Widerspruch. Der Gesetzgeber brauche nur einen grundlegenden Rahmen vorzugeben und könne wesentliche Entscheidungen sachkundigen und flexiblen Institutionen anvertrauen, meinte der Augsburger Strafrechtler Henning Rosenau, Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der BÄK. Und deren Vorsitzender, der Hallenser Straf- und Medizinrechtler Hans Lilie: „Woher sollen denn die Parlamentarier die Sachkunde haben?“ Für Gesetzesänderungen brauche man überdies parlamentarische Einigkeit, „und die haben wir nicht“. Im Übrigen hätten sich die Eckpfeiler des Gesetzes bewährt: gesicherter Hirntod als unabdingbare Voraussetzung der Explantation, Freiwilligkeit der Organspende, Kostenlosigkeit und striktes Verbot des Organhandels.

„The Doctor's Dilemma“ – ein Jahrhundert nach Shaws Drama

Heftig umstritten wurde auch auf dieser Konferenz die widersprüchliche Regelung, die Organe nach Dringlichkeit und Erfolgsaussichten zuzuteilen. Nach Lilie sind diese beiden (nicht definierten) Kriterien gegeneinander abzuwägen – was von Ärzten wie Juristen als äußerst schwierig bezeichnet wurde. Bei Dringlichkeit sei keine Zeit

zum Abwägen, zeigte Hetzer am Beispiel der Lebertransplantation: Solch ein Eingriff erfordere eine stabile Persönlichkeit; daher die Bedingung für die Alkoholiker, vorher ein halbes Jahr abstinenz zu sein. Wenn aber ein Bewusstloser mit alkoholischer Leberzirrhose im Finalstadium als „dringlicher“ Notfall eingeliefert wird??

Eine Triage vor Aufnahme in die Warteliste (nur gute Indikationen?) sei nicht zulässig, wie der Charité-Transplantationschirurg Peter Neuhaus mitteilte. Auch ein Alkohol-Zirrhotiker im letzten Stadium kann eine neue Leber beanspruchen und bei entsprechenden Laborwerten (hoher MELD-Score) bekommen, auch, wenn eine junge Mutter mit Gallenwegs-Ca weiter warten muss. Ihr könnte man aber, als eine Art Zentrums-Angebot 2. Wahl, die nur eingeschränkt vermittelbare Leber eines Alten oder chronisch Kranken implantieren. („Marginal“ heißen solche minderwertigen Organe im euphemistischen Fachjargon.) Nach Neuhaus muss weniger Tod auf der Warteliste mit mehr Tod nach der Transplantation erkaufte werden. Er sprach sich dafür aus, den Zentren weiterhin ei-

nen engen oder sogar größeren Spielraum zur rettenden Organzuteilung zu geben, um dort, wo man die Patienten kennt, sinnvolle individuelle Entscheidungen fällen zu können.

Auch die vielen Organ-Aspiranten aus dem Ausland können nicht ausgeschlossen werden. Die übliche Fünf-Prozent-Regel sei rechtlich nicht haltbar, hieß es. Ein weiteres Problem; Ausnahmen setzen die Regel mehr und mehr außer Kraft. Auf der Warteliste hat man kaum noch eine Chance. „Es werden zu viele Organe an ihr vorbei transplantiert“, wegen „high urgency“, sagte der Kölner Staatsrechtler Steffen Augsberg. Jetzt sei „der Anwalt der Regel“ gefragt.

Prüfungskommission zahnloser Tiger

Eine Organzuteilung vor Gericht zu erstreiten wäre jedoch aussichtslos, weil das Gesetz unklar ist und weil es keine Sanktionsmöglichkeit gibt. Der Bonner Kriminologe Torsten Verrel: „Es gibt keinen Straftatbestand der fehlerhaften Allokation.“ Eine

Prüfungskommission könne Missstände nur aufdecken, analysieren und ihre Erkenntnisse weitergeben, sei aber selbst machtlos – „ein zahnloser Tiger“. Zumindest absolute Transparenz für die Organzuteilung forderte der Schleswig-Holsteinische Sozial-Staatssekretär Hellmut Körner. Und offengelegt werden sollte nach Meinung verschiedener Redner auch die Ergebnisqualität der Transplantationszentren (deren Zahl zu reduzieren sei). Der Schutzwall der Anonymität, mit dem die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) alle Krankenhäuser noch immer umgibt, müsse fallen, meinte nicht nur Schröder, sobald man belastbare, risikoadjustierte Daten habe.

Lebendspende? Cave Organhandel!

Unter den Vorschlägen, den zu beheben, hat die Widerspruchslösung die geringsten Chancen. Die Ärzteschaft lehnt sie ab, und auch unter den Politikern gibt es, wie Schröder betonte, dafür keine Mehrheit. Andere auf der Tagung diskutierte Vorschläge: Verstärkte Aufklärung (ge-

Irrational?

Das ganze Gezerre um die gerechte Verteilung wäre ja überflüssig, gäbe es genügend Organe.

In Österreich und anderen Ländern mit Widerspruchsregelung entnimmt man sie automatisch selbst tödlich verunglückten Ausländern, die nicht schriftlich widersprochen hatten. (In Bulgarien nützt nicht einmal der Widerspruch.) Das geht in Deutschland nicht, erinnert zu sehr an die Ära des „Menschenmaterials“ und des Machtworts „Du bist nichts, dein Volk ist alles.“ Also mehr Aufklärung? Gibt's ja schon reichlich (wenn auch mehr im Sinne von Werbung). Bringt bessere Aufklärung im Gesundheitswesen wirklich was? Solange es noch adipöse und rauchende Ärzte gibt, sind Zweifel angebracht. Der Mensch ist nicht durch und durch animal rationale. Haben eigentlich alle Mitglieder von Explantationsteams einen Spenderausweis? Die sind ja nun wirklich voll aufgeklärt.

Es gibt noch immer Tabus (vielleicht ist das auch gut so), und es gibt begründete Befürchtungen. In Deutschland gilt die erweiterte Zustimmungslösung. Zu 95 Prozent sind die „Spender“ Angehörige. Sie haben soeben vom plötzlichen Unfall oder der Krankheit zum Tode eines Nahestehenden erfahren, sind tief getroffen und sollen sofort über eine Organentnahme entscheiden: Bei Hirntoten, deren Herzen schlagen, die schwitzen, rot werden und sich bewegen können, deren Organismus bei der Explantation Stressreaktionen zeigt. Wie geschehen, kann in einer „Toten“ sogar ein gesundes Kind heranwachsen und per sectio zur Welt gebracht werden.

Die ausgiebige Debatte über die Frage, ob der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt werden kann (s. z.B. BERLINER ÄRZTE 9 u. 12/1994, 3, 4, 5 u. 12/1995) wurde auf der BÄK-Tagung zwar ausgespart – aber ist sie wirklich ausgestanden? Karsten Vilmar, langjähriger BÄK-Präsident und Unfallchirurg, zu BERLINER ÄRZTE: „Geköpfte Frösche haben auch noch Zuckungen... Wir Chirurgen dürfen nur den OP-Locus sehen, alles andere wird abgedeckt...“ Das Ethische, die Hirntodfrage zum Beispiel, sei ja längst abgehandelt, jetzt gehe es nur um die Gesetzesnovellierung.

Bis heute halten (nicht geladene) Philosophen, Neurologen und vor allem Biologen den Hirntod für ein wissenschaftlich nicht begründbares – irrationales – Konstrukt, ein willkürliches Vorziehen des Todeszeitpunktes im biologischen Sterbeprozess. Nehmen wir einen konkreten Fall: Da hat einer den eigenen Tod bedacht und in der Patientenverfügung seinen Wunsch formuliert, ohne aussichtslos gewordene Versuche zur Lebensverlängerung in Frieden sterben zu dürfen. Ist es irrational oder eher vernünftig und konsequent, wenn er keine Explantation (und auch keine Implantation) will? Weil er weiß oder ahnt, welchen sterbensverlängernden medizinischen Techniken und welchen vielleicht multiplen Operationen mit oder ohne Analgesie und Anästhesie sein Organismus dann noch unterzogen würde.

Und: Wenn heute selbst minderwertige Organe implantiert werden; wenn besonders dringliche und damit oft wenig erfolgversprechende Transplantationen den weniger dringlichen, aber aussichtsreicheren vorgezogen werden: Wieviel Irrationalität steckt eigentlich in der Transplantationsmedizin selbst?

R.St.

meint war Werbung) über die Organ-spende, finanzielle Anreize zum Ausfüllen eines Spenderausweises, bessere Mitarbeit der „Spender-Krankenhäuser“ durch Transplantationsbeauftragte und erleichtertes Procedere.

Am erfolgreichsten könnte es sein, die im Gesetz vorgeschriebene Subsidiarität der Lebendorganspende zu streichen. Die (strafbewerte) Vorschrift, das Organ eines Hirntoten immer vorzuziehen, ist durch die medizinische Entwicklung überholt. Ärzte wie Juristen wandten sich entschieden dagegen, wie auch gegen die Beschränkung der Lebendspende auf Verwandte und Nahestehende. Operationsbelastung und –risiko des Spenders (zu 95 Prozent Nieren) seien im letzten Jahrzehnt gesunken, sagte der Hallenser Nephrologe Paolo Fornara. Der Erfolg ist bei diesen besser planbaren Transplantationen größer als bei Verwendung des Organs eines Hirntoten: 15 Prozent höhere Fünf-Jahres-Funktionsrate, signifikant längeres Überleben der Empfänger. Fornara sprach sich auch für eine bessere versicherungsrechtliche Absicherung des Spenders aus, sogar für einen gewissen finanziellen Ausgleich materieller Nachteile. Auch die Lebendspende scheint also voller Probleme zu stecken.

Denn lässt sich die Grenze zum Organhandel scharf ziehen? Und ist dessen Verbot aufrechtzuerhalten? Es war ein Strafrechtler, Ulrich Schroth (München), der seine Meinung sogar schriftlich (im Vortrags-Abstract) niederlegte: „Das Organhandelsverbot muss, was die cross-

over-Spende angeht, teleologisch reduziert werden.“ (soll wohl heißen: zweckgerichtet aufgeweicht.) Der Blutgruppenunverträglichkeit eines Spender-Empfänger-Paares wegen kann man zwei Paare zur „Überkreuz-Spende“ zusammenführen.

Fornara würde sogar eine Ausweitung des Spenderkreises durch einen anonymen Pool befürworten. Da bei der Lebendspende der Zeitdruck fehlt, lasse sich Organhandel durch Kontrolle vermeiden. Er wies jedoch selbst darauf hin, dass die Lebendspendekommissionen mangelhaft arbeiten. Nur ein Prozent der Anträge lehnen sie ab. „Nur 60 Prozent der Kommissionen glauben, die Unfreiwilligkeit ... zu erkennen, nur 33 Prozent glauben, einen Organhandel aufdecken zu können.“

Außerdem ist das Votum der Kommission weder bindend noch für den Arzt entlastend. Fornara forderte unter anderem Verbindlichkeit, einheitliche Begutachtungsrichtlinien, persönliche Anhörung des Lebendspenders und des Empfängers, außerdem eine besonders gründliche, nicht allein medizinische, sondern auch psychologische und versicherungsrechtliche Aufklärung des Spenders, der ja primär nicht behandlungsbedürftig ist (weshalb die Organentnahme ohne informed consent eine besonders schwerwiegende Körperverletzung wäre).

EG will staatliche Gremien

Kurz noch zur bevorstehenden europäischen Transplantations-Richtlinie, die zwingend in nationales Recht umzuset-

zen sein wird. Wie der auf Arzneimittel- und Transplantationsrecht spezialisierte Stuttgarter Anwalt Arnd Pannenbecker erläuterte, soll sie zur Mindestharmonisierung der Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen führen, ohne die Mitgliedsstaaten an strengeren Maßnahmen zu hindern. Alle müssen aber mit der Zulassung, Benennung, Genehmigung oder Lizenzierung von Transplantationstätigkeiten nationale Behörden betrauen. Das könnten die Deutsche Stiftung Organtransplantation und die Kommissionen der BÄK nicht sein.

Die Organ-Richtlinie soll sich an die EG-Gewebe-Richtlinie von 2004 anlehnen (die, was Pannenbecker nicht sagte, nur unter Protest in deutsches Recht übertragen wurde, weil sie durch Vorschriften zu Transport, Aufsicht und Kontrollen einen schwunghaften Gewebehandel beendete). Wie damals gegen die Gewebe-Richtlinie, so erhebt sich heute gegen die geplante Organ-Richtlinie heftiger Protest. Der Augsburger Transplantationschirurg Eckhard Nagel hält es für fraglich, ob sich das Transplantationswesen auf dem hohen deutschen Niveau harmonisieren lässt. In östlichen EG-Ländern spiele es sich zum Teil noch in einem rechtsfreien Raum ab. Er fürchtet, die Richtlinie würde „einen enormen administrativen Aufwand“ bedeuten und womöglich die Zahl der Transplantationen senken.

Rosemarie Stein

ANZEIGEN

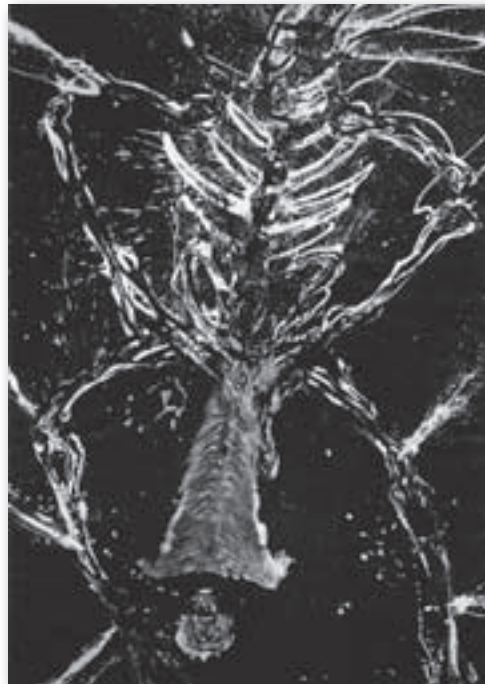
Memento mori – Carpe diem!

Da muss man wohl hin als Arzt, und zwar noch im Januar. Danach wandert die fabelhafte Totentanz-Ausstellung weiter, vom Berliner Medizinhistorischen Museum nach Lübeck. Totentanz: Ein Thema für jeden von uns, und gerade auch für Ärzte, die sich ihrer Grenzen bewusst sind (oder werden). Heute werde der Tod nicht als Bestandteil des Lebens, sondern eher „wie ein Betriebsunfall angeschaut oder als ein Versagen der Medizin“.

Das schreibt der Kölner Arzt und Psychotherapeut, Kunstsammler und Ausstellungsmacher Hartmut Kraft in dem (fast bibliophilen) Katalogbuch zu seiner Wanderausstellung. Man sieht Graphikfolgen von Rethel, Klinger, Kubin, auch Älteres und Zeitgenössisches, auch Exotisches wie Totentanzmasken aus Nigeria und Guatemala – alles aus Starks Sammlung. Er ist natürlich nicht der einzige Arzt, der Arbeiten zu diesem Thema zusammentrug. In Berlin zum Beispiel befand sich bis vor vier Jahrzehnten die Totentanzsammlung des Chirurgieprofessors Werner Block (der bis 1963 am Gertraudenkrankenhaus tätig war), die er dann dem Düsseldorfer medizinhistorischen Institut übergab.

Stark aber ist nicht nur Sammler, sondern auch ein großer Anreger. Den Kern der Ausstellung bildet das, was 25 Künstler, jeder für sich, auf seine Initiative aus dem berühmten Lübecker Bild machten, in einem „Tanz mit dem Totentanz“. Die Vorgeschichte: Seit Beginn des 15. Jahrhunderts kam das Thema überall auf. 1463 malte Bernd Notke seinen monumentalen Totentanz – 30 Meter lang und zwei Meter hoch – für die Beichtkapelle der Lübecker Marienkirche. Das Temperabild, das im Laufe der Jahrhunderte sehr gelitten hatte, wurde 1701 durch eine Ölkopie mit neuen Versen ersetzt.

Sie verbrannte 1942 beim ersten Luftangriff auf ein nichtmilitärisches Ziel: die Lübecker Altstadt. Erhalten blieb ein 1866 zuerst erschienenen großformatiges Buch nach einer – gleichfalls verlorenen – kolorierten Zeichnung des 19. Jahrhunderts. Ein modernes Reprint des Buches ist Ausgangspunkt von Starks Künstler-Projekt, und es liegt auch der eindrucksvollen Vergrößerung zugrunde, die eine ganze Längswand des Ausstellungssaals einnimmt.



Vorm Lübecker Stadtpanorama werden geistliche und weltliche Würdenträger zum Tanz geführt – jeder (frei nach Rilke) von seinem eigenen Tod; keine Skelette, sondern eher sehr „lebendige“ Mumien mit im Springtanz flatternden Leintüchern. Die Morituri dagegen bleiben ziemlich statisch, bewegen sich allenfalls zögernd im Schreittanz. An Gewändern und Attributen sind sie leicht erkennbar; der Arzt etwa hält ein Harnglas gegen Licht. Sein Tod vergleicht die Fragilität des Glases mit der des Körpers. Der Arzt antwortet:

„Verläßt mich meine Kunst,
alß dann gesteh ich frey,
Daß zwischen Glaß und Mensch
kein Unterscheid nicht sey.
Ihr Brüder sucht umbsonst
in Gärten, Thälern, Gründen,
Umb für die letzte Noth
ein Recipe zu finden.“

Die Künstler haben sich auf sehr verschiedene Weise mit dem Totentanzbuch auseinandergesetzt. Manche gingen behutsam mit dem Original um und malten die eigene Version auf die freien Seiten, andere strichen die Bilder wütend oder verzweifelt zu. Zwei, Herbert Falken und Thomas Gatzemeier, zitierten aus Paul Celans Totenfuge. Victor Bonato verdeckte den Totentanz teilweise mit durchscheinenden Röntgenbildern Lebender. Zwar nicht am bedeutendsten, aber am berührendsten ist der Beitrag von Robert Gernhardt, den die Berliner Kammer vor einigen Jahren zur Lesung aus seinem Krebsbuch lud. Seine schon zugesagte Teilnahme am Totentanzprojekt sagte er im Mai 2006 wieder ab, „da der bleiche Geselle sich mehr und mehr meiner annimmt“. Am 1. Juli erschien in der FAZ sein Nachruf, illustriert mit Gernhardts letzter Zeichnung, einem Totentanz, ausdrücklich für Krafts Projekt bestimmt.

Dominant ist Peter Gilles; erstens durch Fotos einer Performance, in der er den Lübecker Totentanz in Gestalt des Buches erneut verbrannte. Zweitens hängen vier große Gilles-Bilder in der Ausstellung, darunter das hier abgebildete. Es zeigt einen „gebärenden Tod“, das Kind mit eigenem Blut gemalt. Stark weist darauf hin, dass die beiden letzten Figuren des Lübecker Totentanzes, Jungfrau und Säugling, ungeschoren bleiben. Nicht nur Gilles, auch andere Künstler thematisieren dieses „Stirb und Werde“. Und – so Starks Fazit: „Das Memento mori befördert das Carpe diem.“

R. Stein

Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, bis 01.02.09, Di, Do-Fr 10-17, Mi 10-19 Uhr.