

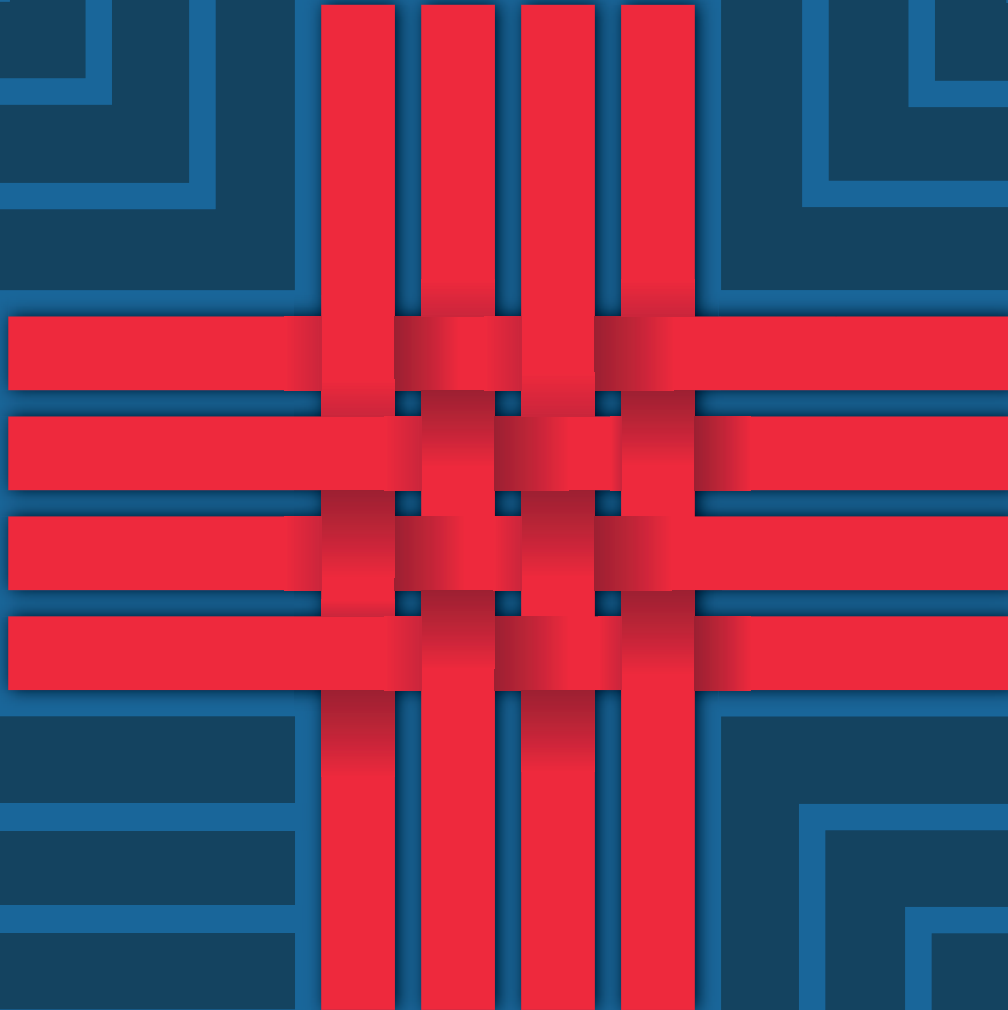
BERLINER



ÄRZTE

01/2012 49. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



ÄRZTLICHE PRAXISNETZE

Die Unabhängigkeit ist bedroht!



Foto: Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz
(Chirurg)
Präsident der Ärztekammer Berlin

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
im Namen des Vorstandes und aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin darf ich Ihnen ein gesundes und glückliches Neues Jahr wünschen.

Die wichtigste Grundlage für eine gute Behandlung ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Eine der Voraussetzungen für dieses Vertrauen ist die Unabhängigkeit des Arztes. Diese Unabhängigkeit ist bedroht. Die größte Bedrohung stellen ökonomische, besser gesagt, kommerzielle Fehlanreize dar. Auf der einen Seite wird mit dem Ziel, Geld zu sparen, Druck auf ärztliche Entscheidungen ausgeübt. Manch ein Krankenhausarzt findet sich mit dem Hinweis wieder, dass die Fallzahlen im laufenden Jahr die Fallzahlen des vorangegangenen Jahres unterschreiten und dadurch der Geschäftsführung möglicherweise Probleme bei der Gewährung neuer Bankkredite drohen.

Im ambulanten Bereich machen enge Grenzen des Arzneimittelbudgets Probleme. Manch ein Kassenarzt freut sich, wenn ein Patient seine nichtkranken Familienangehörigen mit in die Praxis bringt, weil sich nur dadurch ausreichende Gewissheit ergibt, von Regressforderungen durch die Krankenkassen wegen Kostensteigerungen (ohne Rücksicht auf die medizinischen Hintergründe) verschont zu bleiben.

Die Bedrohung der ärztlichen Ethik durch Kostendruck ist vergleichsweise einfach zu erkennen. Die eingeschränkte Unabhängigkeit aus Gründen der Profitmaximierung ist obskurer. Man kann – einfach gesprochen – seine Unabhängigkeit als Arzt auch dadurch aufs Spiel setzen, indem man den Marketingmechanismen der Pharmaindustrie auf den Leim geht. Die Mechanismen sind hinlänglich bekannt. In groß aufgemachten klinischen Studien wird der vermeintliche Zusatznutzen neuer Medikamente eindrücklich beschrieben und gleichzeitig das Gefühl erzeugt, dass wer diese neuen Medikamente nicht verschreibt, möglicherweise ein schlechter Arzt sei. Dazu werden zahlreiche Kronzeugen für neue Therapien ins Feld geführt, die – nicht selten mit akademischem Hintergrund – einen großen Namen, einige aber auch Interessensverflechtungen finanzieller Natur zur herstellenden Firma aufweisen.

Die aktive Beeinflussung des Verschreibungsverhaltens der Ärztinnen und Ärzte hat längst ein globales Ausmaß erreicht. Insbesondere aus den USA kommen aufschlussreiche Zahlen. So wurde die Firma Pfizer 2009 zu einer bis dato Rekordstrafe von 2,3 Milliarden US-Dollar (kein Schreibfehler) wegen illegalen Marketings verurteilt. Dieser Rekord wurde in diesem Jahr durch die Firma GlaxoSmithKline gebrochen. Sie hat 3 Milliarden US-Dollar an die US-Regierung gezahlt, um einen Rechtsstreit wegen Marketings für Rosiglitazon und anderen Medikamenten beizulegen.

Dagegen erscheint eine Strafe in Höhe von 1 Milliarde Dollar durch die Firma Merck wegen ihrer Reklame für das Medikament VIOXX® schon fast gering (Quelle: Deutsches Ärzteblatt, BMJ).

Auch wenn man davon ausgehen mag, dass sich die angegebenen Beispiele auf die USA beziehen, so können auch wir uns nicht davon frei machen, dass die Beeinflussung der Patientenversorgung durch die Pharmaindustrie eben nicht primär von Gemeinwohlorientierung getrieben ist. Das Geschäft „Angst schüren – Hoffnung verkaufen“ funktioniert prächtig und gewährleistet den Aktieninhabern der großen Pharmamultis gute Renditen.

Wir Ärzte müssen uns wehren! Wir stehen für Patienten- und Gemeinwohlorientierung und sind erster Anwalt des Patienten. Auch wenn uns das zunehmend schwer gemacht wird. Ein Gesundheitswesen, das sich an Kosten oder Erträgen orientiert anstelle von Werten, verliert seine Glaubwürdigkeit und damit den Nutzen für die Gesellschaft. Als Ärztinnen und Ärzte haben wir eine zentrale Rolle, sowohl auf der individuellen, als auch auf der politischen Ebene. Die Ärztekammer Berlin wird sich deshalb im Jahr 2012 mit dem Thema einer werteorientierten Patientenversorgung auf dem Hauptstadtkongress und mit einem eigenen unabhängigen Fortbildungskongress im vierten Quartal in Stellung bringen. Sie sind herzlich eingeladen!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Günther Jonitz

Anleitung zum Glücklichen

Im Rahmen des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) stellte Professor Dr. med. Tobias Esch am 25. November 2011 sein Buch „Die Neurobiologie des Glücks – Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert“ in Berlin vor.

Von Ulrike Hempel

Mit seinem Glücksbuch trifft der Neurowissenschaftler und Professor für Integrative Gesundheitsförderung Tobias Esch den Zeitgeist: In seiner facettenreichen Abhandlung entwickelt er eine anregende Lektüre zur medizinisch-wissenschaftlichen Theorie des Glücks. Und weil es nicht den einen Schlüssel zum Glück gibt, sondern es eher ein Rezept mit mehreren Zutaten ist – wie der Psychologe und Glücksforscher Prof. Ed Diener (Universität Illinois) sagt – bedient sich auch Esch unterschiedlichster interdisziplinärer Ansätze, um dem Glück auf die Spur zu kommen. Auf Grundlage aktueller Erkenntnisse aus Neurobiologie, Hirnforschung und Positiver Psychologie gibt er einen fundierten Überblick, eine Anleitung zum Glücklichen für Ärzte, Psychologen und Therapeuten, aber auch für wissenschaftlich interessierte Laien.

Die erfreuliche Nachricht in Eschs Vorwort, „biologisch sind wir alle dafür gemacht, angenehme Gefühlszustände herbeizuführen und unangenehme zu vermeiden“, wird noch ergänzt mit dem Wissen, „dass Glück im Kopf beginnt und mit dem Gehirn zu tun hat“. Ein körpereigenes Belohnungssystem, das Glücksbotsstoffe ausschüttet, sorgt für Wohlbefinden. Die Fähigkeit zum Glücklichen ist etwa zur Hälfte angeboren, begründet in der genetisch festgelegten Struktur unseres Gehirns. Nur etwa 10 Prozent hängen von äußeren Umständen ab, die restlichen 40 Prozent liegen im Bereich des Möglichen. Wir können das Glücksempfinden also beeinflussen, indem wir in unserem Gehirn die strukturelle Voraussetzung dafür schaffen und die Ausschüttung von

Glücksbotenstoffen fördern: etwa durch positives Denken, Genuss und Achtsamkeit.

Nicht verwundert, dass auch der Arzt und Medizin-Kabarettist Eckhard von Hirschhausen für Tobias Esch eine Rolle spielt. Die Buchidee sei auf einem gemeinsamen Spaziergang entstanden, erzählt Esch. Warum Hirschhausens populärwissenschaftlichem Bestseller „Glück kommt selten allein“ nicht auch ein fachwissenschaftliches Buch an die Seite stellen? Hirschhausen kommentiert das nun vorliegende Ergebnis mit den Worten: „Glück kommt selten allein. Es kommt mit Tobias Esch. Er verbindet seine Leidenschaft für die Wissenschaft, eine Liebe für die Menschen und einen Blick für die ärztliche Praxis. Das sind Bausteine einer Heilkunst der Zukunft.“

„Die Neurobiologie des Glücks“ gliedert sich inhaltlich in drei Teile: Zunächst geht der Autor der Frage nach, was Glück aus der Sicht der Psychologie, Medizin und Lebenswissenschaft eigentlich ist. Der Weg zum Glück steht im zweiten Teil im Mittelpunkt. Was schafft Glück? Was macht Ärzte, Psychologen und Therapeuten glücklich? Abschließend wendet sich Esch der Praxis zu, hilft dem Glück etwas auf die Sprünge, wie er schreibt, mit Tipps zu Selbstmanagement, Burnout-Prophylaxe, Entspannungs- und Achtsamkeitsübungen sowie Stressbewältigung.

Ansprechend vor allem sind die persönlich gefärbten Passagen, wenn der Autor zum Beispiel über seinen Vater Gerd Esch schreibt, der als Internist und Arzt von Herzen zeitlebens auf die Frage nach dem Befinden mit dem immer gleichen Satz antwortete: „Ich bin zufriede-

den.“ Hinter der allgemeinen Frage nach der Lebenskunst und der Lebenshaltung liest man ein starkes Motiv für dieses Buch: Das Glück des Arztes. Esch zitiert Feuerbach – „Deine erste Pflicht ist, dich selbst glücklich zu machen. Bist du glücklich, so machst du auch andere glücklich“ – um Medizinern, Therapeuten und Psychologen, die durch Heilung und Linderung körperlicher und seelischer Krankheiten in großem Maße zum Glück anderer Menschen beitragen, auf ihr eigenes Recht auf Glück hinzuweisen. Oft genug fällt gerade das Glück der Leistungserbringer hinten runter, wenn das positive Gefühl des Gebrauchtwerdens zum negativen Gefühl der Überforderung und des Nicht-Abschaltens wird. „Man kann den Beruf des Arztes mit Fug und Recht als Risikoberuf ansehen“, weiß Esch, „nicht nur mit Blick auf Nadelstichverletzungen, Kontaktallergien oder den nicht zu bestehenden Professor-Brinkmann-Vergleich. Auch die Suizidrate (...) ist unter Ärzten überdurchschnittlich hoch, was offenbar besonders die Ärztinnen betrifft.“

Glück und Zufriedenheit in medizinisch-therapeutischen Berufen, so die Überzeugung des Neurowissenschaftlers und praktischen Arztes, können mit Techniken aus der Positiven Psychologie und der Mind-Body-Medizin wiedererlernt und gefördert werden. Das achtsame Da-Sein, das empathische Zuhören, das Spiegeln und Wahrnehmen des Gegenübers und das wertschätzende Anteilnehmen aktivieren die Selbsthilfe- und Selbstheilungskompetenz beim Patienten, aber auch bei demjenigen, der behandelt.

*Tobias Esch: Die Neurobiologie des Glücks – Wie Positive Psychologie die Medizin verändert, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2012. (EUR 34,99)
ISBN: 978 3 13 166111*



EDITORIAL.....

Die Unabhängigkeit ist bedroht!
Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*....6

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Anleitung zum Glücklichsein
Das neue Buch von Tobias Esch.....4

Kammer setzt soliden Finanzkurs fort
Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. November 2011
Von Sascha Rudat.....20

Gendiagnostikgesetz:
7 Fragen – 7 Antworten
Von Martina Jaklin, Henning Schaefer24

Vielleicht Infarkt? Sofort 112!
Berliner Herzinfarktregister:
Klinikversorgung optimal
Von Rosemarie Stein27

Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen
Von Karin Wieners, Hildegard Hellbernd, Lars Oesterhelweg.....30

TITELTHEMA



PRAXISNETZE – einer für alle, alle für einen

Praxisnetze sind ein Modell der ambulanten Versorgung, das immer größere Beachtung findet. BERLINER ÄRZTE zeigt den aktuellen Stand und was der einzelne Arzt von einer Vernetzung hat.

Von Eugenie Wulfert14

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22

Netzwerk CIRS-Berlin: Der aktuelle Fall.....29

PERSONALIE.....

In Gedenken an Werner Greve33

FEUILLETON.....

Keine Gewalt!
300 Jahre Säuglingsbehandlung
Von Rosemarie Stein33

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen

Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am **13. März 2012** 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 2012**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt.

Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen im Sommer 2012 finden an folgenden Tagen statt:

SCHRIFTLICHER TEIL der Prüfung: **25. und 26. April 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

PRAKTISCHER TEIL der Prüfung: **30. Mai 2012 bis 13. Juli 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Ausbildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **10. Februar 2012** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltage in der Berufsschule während der Ausbildungszeit, Bescheinigung des auszubildenden Arztes über den Umfang der Fehltage in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeits-

nachweise. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Anfang / Mitte Januar übersandt.

Vorgezogene Abschlussprüfungen

SCHRIFTLICHER TEIL der Prüfung: **25. und 26. April 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

PRAKTISCHER TEIL der Prüfung: **30. Mai 2012 bis 13. Juli 2012**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule, die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Kopie oder eine Beschei-

nigung der berufsbildenden Schule über die Fehltage in der Berufsschule während der Ausbildungszeit, eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltage in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum **10. Februar 2012** eingereicht werden.

Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen. Bitte fügen Sie bei Bedarf einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

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

Pharmakotherapie

Ärztekammer Berlin fordert Kennzeichnungspflicht neuer Medikamente

Neue Medikamente müssen künftig als solche kenntlich gemacht werden, fordert Berlins Ärztekammerpräsident Dr. Günther Jonitz. Risiken und Nebenwirkungen neuer Medikamente sind bei Markteinführung nie ausreichend bekannt. Das Beispiel von Pradaxa zeigt, dass zum Teil tödliche Nebenwirkungen in der Routineversorgung auftreten.

„Da genügt ein simples, aber eindeutiges Etikett!“, bringt Jonitz die Forderung auf den Punkt. Arzt und Patient können so klar erkennen, dass es sich um ein Produkt handelt, dem besondere Aufmerksamkeit zuteil werden muss.

„Ein Verzicht auf eine solche Kennzeichnung gefährdet die Sicherheit der Patientenversorgung und bedient einseitig die Interessen der Pharmaindustrie“, so Jonitz weiter.

Die aktuelle Debatte um den Blutverdünner Pradaxa zeige, wie wichtig es sei, Risiken und Nebenwirkungen von neuen Medikamenten richtig einzuschätzen. Damit appelliert Jonitz an den Gesetzgeber, zum Wohle des Patienten die notwendigen Maßnahmen für mehr Transparenz auch in der Arzneimitteltherapie zu ergreifen.

Kurs

Verkehrsmedizinische Begutachtung Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Psychometrie und Perimetrie, welches am Vormittag des 23.03.2012 stattfindet.

Termin: Freitag, 23.03.2012, 14.00 - 21.00 Uhr

Samstag, 24.03.2012, 8.30 - 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 €

Hinweis: Kombipreis für „Theorie und Praxis der Psycho- und Perimetrie“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 €

Information und Anmeldung:

Tel.: 030 / 40806 -1215, E-Mail: fb-aag@aekb.de

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ärztliche Führung wird immer herausfordernder. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ verlangen vielfältige nichtmedizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Wie kann man sich hier orientieren? Worauf kommt es an? Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein? Wie kann man in komplexen Netzwerken Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie

fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Der Kurs erweitert die Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. Der Kurs richtet sich vor allem an Oberärz-

tinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

TERMINE :

Modul 1

Die Praxis des Führens
Do. 10.05. – Sa. 12.05.2012

Modul 2

Führen als interaktiver Prozess
Do. 14.06. – Sa. 16.06.2012

Modul 3

Führen, Steuern, Entwickeln
(inkl. betriebswirtschaftl. Steuerung)
Do. 23.08. – Sa. 25.08.2012

Modul 4

Transfer:
Sicherung des eigenen Konzepts
Freitag 07.12.2012



Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung:

Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte
auf Schwanenwerder

Kursgebühr:

3.400 € ohne Übernachtung

3.850 € mit Übernachtung

80 Fortbildungspunkte

Ihre Ansprechpartner für weitere
Informationen und Unterlagen:

Dr. med. Henning Schaefer

Tel.: 030 / 40806-1200

Frau Anke Andresen-Langholz

Tel.: 030 / 40806-1301

aerztliche-fuehrung2012@ aekb.de

Chirurgen auf Sicherheit bedacht

Weil Klappern zum Handwerk gehört, lud die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) die Presse ins Langenbeck-Virchow-Haus ein. Wie sehr sich die Chirurgen um Qualitätssicherung und Patientensicherheit bemühen, soll auch öffentlich bekannt werden. In Deutschland waren sie in der Medizin die ersten, die sich an die Qualitätssicherung herantasteten – schon seit 1976 mit Pilotstudien. Und als die Patientensicherheit zum Thema wurde, waren sie auch sofort mit dabei. Jetzt erinnerten sie daran, dass schon 2005 ihr Jahreskongress unter dem Leitthema „Patientensicherheit“ stand und dass sie von Anfang an aktive Mitglieder des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ sind. „Die Chirurgie entwickelt sich dramatisch, vor allem die minimal-invasive“, sagte der Heidelberger Hochschulchirurg Markus Büchler,

Präsident der DGCH, die als Dachorganisation vieler Gesellschaften fungiert. Selbst an Herz- und Lungeneingriffe sowie an Krebsoperationen wagt sich diese Technik – nicht ohne begleitende Studien. Für die neueste Variante, Eingriffe durch natürliche Körperöffnungen, wurde sogar „das größte Register zur Versorgungsforschung in Deutschland“ eingerichtet, sagte Michael Betzler, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie.

Eine entscheidende Voraussetzung für die Sicherheit der Patienten ist eine gute Weiterbildung. Damit die Patienten nicht im Tal der Lernkurve von Anfängern ad exitum kommen, unternehmen die Chirurgen jetzt enorme Anstrengungen: Nicht mehr der OP-Saal, sondern das Trainingslabor wird zum Ort der Lernkurve, berichtete Karl-

Walter Jauch, 2. Vizepräsident der DGCH. Wenn die Ressourcen für diese aufwendigen Schulungen fehlen, sieht er die Chirurgie schon bald in der gleichen Lage wie die Allgemeinmedizin: Nachwuchsmangel, verschärft durch ständige Überlastung und niedrige Lebensqualität der Chirurgen. Dies ergab eine sofort berühmt gewordene Umfrage, die gerade in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift publiziert wurde (2011, 136, 2140-44). Die Zahl der Operationen in Deutschland steigt ständig. Wird zu viel operiert? Zu denken geben die großen regionalen Unterschiede innerhalb Deutschlands, sagte Hartwig Bauer, Generalsekretär der DGCH. Als Beispiele nannte er Knieoperationen, aber

auch Hüftgelenkersatz und WS-Eingriffe. Vor einer elektiven Operation eine Zweitmeinung einzuholen, kann daher als Teil einer umfassenden Sicherheitskultur gelten. Für sehr problematisch hält Bauer aber teure Internet-Zweitmeinungen, bei denen der Gutachter den Patienten nie gesehen hat. „Das Geschäft mit der Online-Beratung ist insgesamt äußerst umstritten und juristisch fragwürdig“, urteilte Bauer.

Der nächste DGCH-Kongress, dieses Jahr wieder in Berlin (24-27. April), steht unter dem Motto „Chirurgie in Partnerschaft“, bezogen auf Nachbardisziplinen und Pflege.

R. St.

Weiterbildung/Ärztliche Berufsausübung



Mobile Beratung – ein neues Service-Angebot!

Mit der Mobilen Beratung stellt die Ärztekammer den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ein weiteres Beratungsangebot zur Verfügung. Das Projekt Mobile Beratung, das im Frühjahr 2010 das erste Mal durchgeführt wurde, ist im Herbst 2011 wieder aufgenommen und inhaltlich sowie konzeptionell vollständig überarbeitet worden. Dieses Beratungsangebot soll Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und den zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnen, die verzweigten Regelungen der Weiterbildungsordnung, die dazugehörigen Richtlinien und Übergangsbestimmungen sowie Abläufe der Verwaltung aus erster Hand erläutert zu bekommen.

Zu vorab vereinbarten Terminen werden Beratungsteams in die weiterbildenden Kliniken entsandt, um vor Ort 1 bis 2 Stunden einen kurzen prägnanten Vortrag zu halten sowie für Fragen zur Verfügung zu stehen. Auch die für die Ärztekammer Berlin ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzte bringen sich, soweit es ihnen möglich ist, bei diesen Terminen in den Kliniken ein. Bei den Veranstaltungen werden den Teilnehmern Informationsbroschüren mit wichtigen Eckdaten zu den einzelnen Facharztkompetenzen, Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen sowie zur Prüfung von Weiterbildungsbezeichnungen zur Verfügung gestellt. Zurzeit wird die Mobile Beratung in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin, Radiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie angeboten. Im vierten Quartal 2011 wurden bislang 16 Termine durch die Ärztekammer realisiert.

Im Rahmen der durchgeführten Evaluation des Beratungsangebots zeigte sich bisher eine überwiegend gute bis sehr gute Bewertung.

Erinnerung

Anmeldung von Knochendichtemessgeräten bei der ÄSQSB beachten

Röntgenverordnung § 17a RöV

Wie wir bereits berichtet haben, hat der Länderausschuss Röntgenverordnung (LARöV) in seiner Mai-Sitzung 2010 beschlossen, die Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Knochendichtemessgeräten durch die Ärztlichen Stellen Qualitätssicherung - Strahlenschutz routinemäßig durchführen zu lassen.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin hat die Ärztliche Stelle Qualitätssicherung - Strahlenschutz Berlin (ÄSQSB) aufgefordert, die Röntgenanlagen zur Messung der Knochendichte ab 01.07.2011 in die Qualitätssicherung aufzunehmen und nach Röntgenverordnung § 17a RöV zu prüfen.

Zur Vorbereitung dieser regelmäßig durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahme sind alle Betreiber von Röntgenanlagen zur Messung der Knochendichte in Berlin aufgerufen, ihre Geräte bei der Ärztlichen Stelle Qualitätssicherung - Strahlenschutz Berlin anzumelden.

Die Mitarbeiter der ÄSQSB stellen nach Anmeldung der Geräte den Betreibern von Röntgenanlagen zur Messung der Knochendichte gern eine Liste der rechtfertigenden Indikationen für die Osteodensitometrien zur Verfügung. Die vom Zentralen Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen (ZÄS) abgestimmte und mit dem Dachverband Osteologie e. V. konsenterte Liste dient als Orientierungshilfe für die Überprüfungen nach der Röntgenverordnung.

Die Ärztliche Stelle Berlin bittet alle Betreiber von Geräten zur Knochendichtemessung noch einmal um die umgehende schriftliche Anmeldung der Geräte!

Haben Sie Fragen? Gerne stehen wir Ihnen zur Verfügung:
Christina Rosenberg/ Lydia Stude
Ärztliche Stelle Qualitätssicherung - Strahlenschutz Berlin (ÄSQSB)
Tel. 40806-1090, Fax 40806-55-1599, aertzliche.stelle@aekb.de

Kurs

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Juni 2012 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als 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, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.



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

Termine:

Modul I: 01.06.-02.06.2012
Modul II: 17.08.-18.08.2012
Modul III: 31.08.-01.09.2012
(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr; samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

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

Teilnahmegebühr für die Module I - III: insgesamt 400 €
45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

Informationen und Anmeldung:
Tel. 030/40806-1203
begutachtung@aekb.de

ANZEIGE

Tod nach fehlender

Masernimpfung

Eltern würden ihren Kindern kaum empfehlen, ohne Rücksicht auf die Gefahr durch den Straßenverkehr in der Straßenmitte zu gehen, um möglicherweise herunterfallenden Dachziegeln aus dem Weg zu gehen. Impfgegner haben jedoch genau diese falsche Risikoeinschätzung: Schwere UAW durch die Masernimpfung sind nicht bekannt, erst kürzlich erlag jedoch in NRW eine ungeimpfte 13-Jährige einer unheilbaren subakuten sklerosierenden Panenzephalitis (SSPE), 11 Jahre nach der Infektion. Damals wurden noch 6 weitere Kinder angesteckt, bei zweien wurde ebenfalls SSPE diagnostiziert – der jahrzehntelange Verlauf dieser Erkrankung lässt auf kein gutes Ende schließen.

Nach einer Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hält jeder dritte Elternteil Masern für nicht gefährlich, 90 % hoffen jedoch auf fundierte und sachliche Informationen vom Arzt.

In einer neuen Publikation wird zusammengefasst, wie 2010 in Essen und Berlin sowie 2011 in Freiburg und Offenburg Masernausbrüche in anthroposophisch geführten Waldorf-Schulen auftraten. Der Autor weist mit Recht darauf hin,

dass es keinen Beleg dafür gibt, dass Kinder durch eine Maserninfektion „physische und mentale Stärke gewinnen“. Wäre es nicht an der Zeit, gegen diese Impfgegner mit ihrer „missionarischen Blindheit gegen Fakten“ zumindest berufsrechtlich vorzugehen? Die WHO warnte erst kürzlich, dass die Maserngefahr in Westeuropa zunimmt, vermutlich mitverursacht durch Anhänger einer Glaubensmedizin nach mystischen Vorstellungen.

Quellen: Ärztezeitung 2011, Nr. 189 S.1; Nr. 192 S.1; Dt. med. Wschr. 2011; 136: 2271-2

Dabigatran

Tödliche Blutungen

Mehrere letale Blutungen unter der Einnahme des Thrombinhemmers Dabigatran (Pradaxa®) – hauptsächlich bei älteren Patienten mit schwerer Einschränkung der Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min, grundsätzlich Kontraindikation) – führten zu der Erkenntnis, dass vor der Einnahme dieses neuen direkten Thrombinhemmers unbedingt die Nierenfunktion überprüft werden muss, ebenso wie eine regelmäßige Kontrolle der Kreatinin-Clearance (Serumkreatininwert reicht nicht aus), insbesondere bei älteren Patienten so-

wie bei Verdacht auf eine akute Abnahme der Nierenfunktion (u.a. Hypovolämie, Dehydratation). Nach einer klinischen Studie soll jedoch die Rate schwerer Blutungen unter Dabigatran im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten signifikant erniedrigt sein. Wie bei jedem neu eingeführten Arzneistoff muss die Zeit zeigen, ob durch Dabigatran ein neues Kapitel bei der Gerinnungshemmung in der Praxis aufgeschlagen wurde.

Quellen: AkdÄ Drug Safety Mail 2011-178, Ärztezeitung 2011; Nr. 198 S. 3

Misteltherapie

Klarstellung

Das Bundessozialgericht hat klargestellt, dass die Erstattung einer palliativen Misteltherapie mit homöopathischen oder anthroposophischen Arzneimitteln zu Lasten der GKV möglich ist, nicht jedoch für eine kurative Therapie. Nach einer Zusammenfassung ist in der Tat die Wirksamkeit einer kurativen Misteltherapie nicht eindeutig belegt. Palliativ jedoch scheint die Studienlage besser: in 14 von 16 Studien wurde ein Nutzen in Bezug auf Lebensqualität, psychologische Parameter, Symptome oder UAW einer Chemotherapie festgestellt – wenn auch nur 2 Studien von hoher methodischer Qualität waren.

Auf Mistellektin standardisierte Präparate sollten vorgezogen werden – sie liefern am ehesten reproduzierbare Ergebnisse und lassen möglicherweise auftretende UAW besser erkennen. Insgesamt ist die Datenlage so uneinheitlich, dass auf dem schwierigen Gebiet der

Tumorthherapie Einzelfallentscheidungen (z.B. auch auf Wunsch des Patienten) gefällt werden sollten. Die Hoffnung auf klinische Studien hoher Qualität scheint sowohl bei homöopathischen als auch anthroposophischen Arzneimitteln eher unerfüllt zu bleiben.

Nur eines wurde klargestellt: Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA können vom Bundesgesundheitsministerium in Zukunft nicht einfach beanstandet werden, der G-BA unterliegt nur der Rechtsaufsicht des Ministeriums.

Quellen: Dt. med. Wschr. 2011; 136: S13-15; Dtsch. Apo. Ztg. 2011; 151: 2384

Drotrecogin

Marktrücknahme

Mit Wirkung vom 26.10.2011 wurde Drotrecogin (Xigris®) zur Therapie schwerer Sepsis weltweit vom Markt genommen, wobei auch laufende Behandlungen abgebrochen werden sollten. Allgemeine Fortschritte in der Behandlung der Sepsis sollen der Grund sein, dass in einer Studie die 28-Tage-Überlebenszeit unter Placebo länger war als unter der Verumtherapie. Die Liste zurückgerufener hochgebotter Arzneimittel ist lang, in 2010 wurde nach langen Verzögerungen das NSAID Bufexamac vom Markt genommen, schneller ging es u.a. bei dem Glitazon Rosiglitazon, dem Endothelinrezeptor-Antagonist Sitaxentan und dem Antidiiposium Sibutramin.

Quellen: Pharm. Ztg. 2011; 156: 103, www.lilly-pharma.de

ANZEIGE

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Tel.: 0211/4302-1560, Fax: 0211/4302-1588, E-Mail: dr. hopf@aekno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Bundesinstitute laden zu ihrer jährlichen Fortbildungsveranstaltung ein

Die Fortbildungsveranstaltung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst 2012 wird gemeinsam vom Bundesinstitut für Risikobewertung, dem Robert Koch-Institut und dem Umweltbundesamt angeboten.

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

Termin für die nächste Fortbildungsveranstaltung ist der 21.-23. März 2012. Veranstaltungsort ist das Bundesinstitut für Risikobewertung in Berlin-Marienfelde, Dieder-

dorfer Weg 1. Das Programm umfasst Themen aus den Bereichen Verbraucherschutz, Umwelt und Gesundheit sowie dem Gesundheitsschutz.

Die Anerkennung als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte und die ATF-Anerkennung für Tierärztinnen und Tierärzte wurde erteilt. Die Veranstaltung ist durch die Apothekerkammer zertifiziert und wird von der Zertifizierungsstelle für die Fortbildung von Lebensmittelchemikern anerkannt. Die Teilnahme ist kostenlos; eine Anmeldung erforderlich.

Das Anmeldeformular sowie das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.bfr.bund.de/de/veranstaltungen.html



Leserbrief zu BERLINER ÄRZTE 09/2011 Titelthema Patientenverfügung



Ich begrüße es sehr, dass die Redaktion erneut das brisante Thema „Patientenverfügung“ mit den ausführlichen Beiträgen von Frau Wulfert und Herrn Niemeck zur Diskussion gestellt hat. Die Verbindlichkeit einer klar formulierten Verfügung sollte unter der geltenden Rechtslage unstrittig sein. Ihre Durchsetzung bedarf jedoch immer noch eines engagierten Bevollmächtigten, da sie regelmäßig durch sachfremde Interessen und pseudo-ethische Argumente blockiert wird.

Leider verlor die ärztliche Beurteilung im Krankenhaus ihre Relevanz, da die Macht der Verwaltungen zum Diktat der Wirtschaft-

lichkeit geführt hat. Ich verweise nur auf die Berichte entlassener Chefärzte aus geradezu banalen Gründen, u.a. im DÄ. In noch höherem Maße gilt dies für Pflegeeinrichtungen, denen jedes „ethisch“ begründete Widerstandsrecht abzusprechen ist.

Zur Belebung und Vertiefung der so notwendigen ernsthaften Diskussion empfehle ich allen Kollegen, die für ihre Patienten und sich selbst eine subjektiv adäquate Formulierung wünschen, folgende Lektüre.

1. Der Berliner Schriftsteller Martin Ahrends schrieb einen leidenschaftlichen Aufsatz im Tagesspiegel vom 11.9.2011 mit dem lebhaften Leserecho: „Ich will sterben“.

2. Der Berliner Arzt Dr. Michael de Ridder veröffentlichte 2010 sein überragendes Buch: „Wie wollen wir sterben?“. Menschlich, medizinisch und juristisch auf höchstem Niveau, literarisch eine Sachbuch-Perle.

Wünschen wir uns eine leidenschaftliche und kontroverse Diskussion, auch im Hinblick auf die absehbare, schwere Wirtschafts- und Finanzierungskrise: Der heutige Umgang mit Sterbenden könnte sich unversehens ins Gegenextrem verkehren.

Dr. Jürgen Keller, Berlin

Vertreterversammlung wählt neuen Aufsichts- und Verwaltungsausschuss

Die zweite Sitzung der Vertreterversammlung legte die zukünftigen Organe des Versorgungswerkes fest und sorgte dabei für wenig personelle Überraschungen.

Nachdem sich am 27. Oktober 2011 die neue Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung konstituiert hatte und sich in ihrer ersten Sitzung zunächst mit der Wahlordnung des Aufsichts- und Verwaltungsausschusses sowie anschließend mit dem Beschluss der maßgeblichen Satzung befasste, stand in der zweiten Sitzung am 17. November 2011 die Wahl zur Neubesetzung des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses auf der Agenda.

Zum Hintergrund: Die 12-köpfige Vertreterversammlung, deren Mitglieder allesamt gleichermaßen der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin sowie der Berliner Ärzteversorgung angehören, wird in Zukunft statt der Delegiertenversammlung der Ärztekammer das legislative- und Kontrollorgan der Berliner Ärzteversorgung sein. Mit der Wahl der beiden 6-köpfigen Verwaltungsorgane, deren Mitglieder alle Mitglieder der Berliner Ärzteversorgung sein müssen, ist die mit der 9. Kammergesetznovelle angestoßene Änderung der Organstruktur der Berliner Ärzteversorgung vollzogen. Da Mitglieder der Vertreterversammlung, die in die beiden Ausschüsse gewählt werden sollten, nicht gleichzeitig Mitglied in der Vertreterversammlung bleiben können, galt es zunächst festzustellen, ob der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Elmar Wille, und sein Stellvertreter, Dr. Thomas Werner, für die Wahl in die Ausschüsse zur Verfügung stünden. Die Frage, ob Dr. Wille seinen Vorsitz im Verwaltungsausschuss aufgeben würde, blieb bis zu diesem Moment spannend. Nachdem aber beide, Wille und Werner, erklärten, nicht zur Wahl für die Ausschüsse bereitzustehen, konnten sie die Leitung der Wahl übernehmen.

Mit den 11 anwesenden Vertretern waren alle Listen der Delegiertenversammlung vertreten. Nachdem die Beschlussfähigkeit gewährleistet war, konnte entsprechend der Wahlordnung vom 27.10.11 zur Wahl geschritten werden. Demnach sind so viele Wahlgänge notwendig, wie das Erzielen der Stimmenmehrheit erforderlich macht. Bei mehreren Bewerbern um ein Amt entscheidet die einfache Mehrheit.

Folgendes Wahlergebnis wurde erzielt:

Zum Vorsitzenden und stellv. Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses wurden mit überzeugender Mehrheit ohne Gegenstimme und jeweils einer Enthaltung Helmut Mälzer (Allianz) und Dr. Wolfgang Kreischer (Hausärzte) gewählt. Kreischer, der bislang Mitglied der Vertreterversammlung war, überlässt damit seinen Platz in der Vertreterversammlung zukünftig einem Nachrücker aus seiner Liste, um fortan ins Exekutivorgan des Versorgungswerkes wechseln zu können. [Kurz vor Redaktionsschluss wurde bekannt, dass Dr. med. Thomas Wildfeuer den Platz von Dr. Kreischer in der Vertreterversammlung einnehmen wird.] Als weitere Mitglieder des Verwaltungsausschusses wurden ebenfalls mit deutlicher Mehrheit ohne Gegenstimme Johanna Winkler (Marburger Bund) bei zwei Enthaltungen und Dr. Stefan Hochfeld (Fraktion Gesundheit) bei einer Enthaltung gewählt. Mit ausreichender Mehrheit schafften es Burkhardt Bratzke (Allianz) bei einer Gegenstimme und drei Enthaltungen und Dr. Rüdiger Brandt (Fraktion Gesundheit) erst im 2. Wahlgang ebenfalls mit einer Gegenstimme und zwei Enthaltungen in den Ausschuss. Die anschließende Besetzung des Aufsichtsausschusses wurde durch vier erste, eindeutige Wahlgänge bestimmt. So konnten Dr. Matthias Albrecht (Marburger Bund) als Vorsit-

zender und Dr. Dietrich Bodenstein (Allianz) als sein Stellvertreter fast alle Stimmen bei jeweils einer Enthaltung auf sich vereinen. Auch Dr. Peter Bobbert (Marburger Bund) und Harald Lazar (Fraktion Gesundheit) wurden mit jeweils überwiegender Mehrheit ohne Gegenstimme und einer Enthaltung in den Ausschuss gewählt. Erst bei der Besetzung des 4. Platzes wurde die klare Linie der bisherigen Wahldurchläufe mit zwei getrennten Kandidatenvorschlägen unterbrochen. Sowohl die Hausärzte mit Dietrich Schwochow als auch die Allianz mit Anton Rouwen hatten einen Kandidaten ins Rennen geschickt. Während beide im ersten Wahlgang nicht die notwendige Mehrheit erzielen konnten, behauptete sich Schwochow schließlich im 2. Wahlgang gegenüber seinem Kollegen mit sieben zu vier Stimmen. Rouwen wurde daraufhin im letzten Wahlgang neu vorgeschlagen und bewarb sich zusammen mit Dr. Sabine Krebs (ebenfalls Allianz) um den letzten Platz im Aufsichtsausschuss, den Rouwen schließlich mit der notwendigen Stimmenmehrheit von sieben für sich ausmachen konnte.

Liste der Mitglieder des Verwaltungs- und Aufsichtsausschusses ab 17.11.11

VERWALTUNGSAUSSCHUSS
Vorsitzender: Helmut Mälzer
Stellv. Vorsitzender: Dr. med. Wolfgang Kreischer
Johanna Winkler
Dr. med. Stefan Hochfeld
Burkhardt Bratzke
Dr. med. Rüdiger Brandt
AUFSICHTSAUSSCHUSS
Vorsitzender: Dr. med. Matthias Albrecht
Stellv. Vorsitzender: Dr. med. Dietrich Bodenstein
Dr. med. Peter Bobbert
Dr. med. Harald Lazar
Dr. med. Dietrich Schwochow
Anton Rouwen



Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz, der Mitglied der Vertreterversammlung ist, bedankte sich für die Ergebnisse der beiden Sitzungen der Vertreterversammlung, sowohl hinsichtlich der Wahl wie auch der getroffenen Beschlüsse. Man habe kontrovers diskutiert, aber letztlich lösungsorientiert zueinander gefunden. Nun gelte es, das Versorgungswerk weiter zu professionalisieren und ihm eine den wachsenden Anforderungen angemessene Struktur zu verleihen, so Jonitz. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und Versammlungsleiter, Dr. Wille, bestätigte dies und betonte in diesem Zusammenhang die Bedeutung eines personell ausreichend gestärkten, kompetenten Verwaltungsapparates für die Versorgungseinrichtung. Durch Investitionen und mehr Personal müsste einiges in Zukunft verändert werden, stellte Wille fest. Gleichzeitig bedankte er sich beim Hauptamt für die laufende Betreuung des Prozesses, der unter „unangenehmen“, von der Senatsverwaltung ausgelösten Zeitdruck stand, und schloss die Sitzung mit den besten Wünschen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Dr. Kreischer hatte inzwischen nicht versäumt, Dr. Wille im Namen der alten Ausschüsse für seine jahrelange Arbeit als Ausschussvorsitzender und ihm für sein maßgebliches Engagement zu danken und bemerkte mit einem Augenzwinkern, dass man fast von „Wille-Werken“ sprechen könne...

mpe

Weiterbildung

Sie wollen Allgemeinmediziner/-in werden? Wir unterstützen Sie dabei!

Die allgemeinmedizinische Weiterbildung bietet ein sehr abwechslungsreiches Weiterbildungsprogramm und damit viele Fach- und Stellenwechsel. Man kann Erfahrungen im stationären und ambulanten Bereich sammeln, sieht konservative und operative Fächer und erfährt immer wieder andere Abteilungsstrukturen.

Während die Ärzte in Weiterbildung zur Allgemeinmedizin dies bislang eigeninitiativ organisieren mussten, unterstützt sie nun die Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin.

Wir beraten individuell, und bemühen uns Strukturen zu schaffen, die einen reibungsloseren Ablauf der Weiterbildung ermöglichen. Der hausärztliche Nachwuchs soll mit Weiterbildungspraxen und Kliniken – am besten in einem/r gut strukturierten Weiterbildungsverbund/-kooperation – zusammengebracht werden.

MUT

Obdachlosen-Praxis sucht Arzt/Ärztin

Approbierte(r) Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin gesucht.

Sind Sie interessiert, Ihr medizinisches Wissen der Arztpraxis für Obdachlose in der Weitlingstr. 11, 10317 Berlin, zur Verfügung zu stellen?

Die zurzeit tätige Ärztin wird in den Ruhestand treten, weshalb diese (Teilzeit-)Stelle ab 01.01.2012 neu zu besetzen ist.

Ihre Bewerbung schicken Sie bitte an:

MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH, Personalabteilung, Frau Bein
Rudolfstr.11, 10245 Berlin oder per E-Mail an:
ute.bein@mut-gesundheit.de

Die „KoStA für Berlin“ stellt sich vor:

Die „Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin für Berlin“ (KoStA für Berlin) wurde im Mai 2011 gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin gegründet. Sie hat ihren Sitz in der Ärztekammer Berlin.

Sie basiert auf der „Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in den ambulanten und stationären Versorgungsbereichen“. Die KoStA für Berlin unterstützt Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bei der Organisation des individuellen Ablaufs der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und bietet eine Informationsplattform, um ein strukturiertes Durchlaufen der vorgesehenen Weiterbildungsabschnitte zu ermöglichen.

Was kann die „KoStA für Berlin“ leisten?

Wir stehen Ihnen als zentrale Anlaufstelle bei Fragen zur Organisation der Weiterbildungsabschnitte im Gebiet Allgemeinmedizin zur Verfügung und nehmen dabei folgende Aufgaben wahr:

- Wir informieren Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung, Weiterbildungsbefugte und Weiterbildungsstätten zu Themen der Allgemeinmedizin, die über die Erfüllung der Aufgaben in Angelegenheiten der Weiterbildung durch die Ärztekammer Berlin hinausgehen.

- Wir begleiten und beraten Ärztinnen und Ärzte in Berlin bei der Planung der Weiterbildung bis zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

- Wir helfen bei der Erstellung eines individuellen Rotationskonzeptes auf der Basis der geltenden Weiterbildungsordnung.

- Wir unterstützen die Gründung von Weiterbildungsverbänden/-kooperationen

Sofern Sie es wünschen, können Sie Ihre Kontaktdaten, zwecks



Foto: A. Koch

Unterstützung der Suche nach interessierten Kooperationspartnern, gern der KoStA für Berlin mitteilen.

- Wir organisieren Informationsveranstaltungen rund um das Gebiet Allgemeinmedizin (mehr Informationen auf unserer Homepage).

Die nächste Veranstaltung „Mobile Beratung“ über die Weiterbildung Allgemeinmedizin findet am 19. Januar 2012 um 18.30 im Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin statt.

Telekommunikationsüberwachung

Bundesverfassungsgericht bestätigt Gesetzgeber: Patientendaten sind Daten 2. Klasse

Die Ärztekammer Berlin bedauert, dass die Gesetzesnovelle zur Telekommunikationsüberwachung in Kraft treten wird. „Die Bestätigung der Gesetzesnovelle durch das Bundesverfassungsgericht macht Patientendaten zu Daten 2. Klasse“, kritisierte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz. „Es geht ja nicht um die Daten von Ärzten, sondern um Daten von Patienten. Deshalb ist es schlicht nicht nachvollziehbar, weshalb Parlamentarier, Anwälte und Pfarrer einen absoluten Schutz vor Überwachung genießen sollen, Ärzte hingegen nicht.“

Es sei zudem mehr als zweifelhaft, dass durch die Überwachung von Ärztinnen und Ärzten und deren Patienten eine wirksame Strafverfolgung schwerer und schwerster Kriminalität gewährleistet werde, wie das Gericht in seiner Begründung sagt. „Patienten müssen wissen, dass sie mit ihrem Arzt über alles geschützt sprechen können. Damit ist es jetzt vorbei! Stattdessen wird das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient und somit ein elementares Patientenrecht durch den Gesetzgeber nachhaltig beschädigt“, erklärte der Berliner Kammerpräsident.

Praxisnetze:



Einer für alle und alle für einen – gemeinsam besser werden

Der Vernetzung gehört die Zukunft der Gesundheitsversorgung, sind sich alle Experten einig. Denn angesichts des steigenden Wettbewerbs- und Kostendrucks stehen Einzelkämpfer auf verlorenem Posten. Praxisnetze können niedergelassenen Ärzten eine Chance bieten, sich im Markt zu behaupten, Kosten zu reduzieren und gleichzeitig die Patienten besser zu versorgen. Ein klarer Wettbewerbsvorteil. Und nicht nur das: Durch bessere Arbeitsbedingungen und mehr Kollegialität sollen Ärzte wieder mehr Freude an ihrem Beruf haben.

Von Eugenie Wulfert

Das deutsche Gesundheitssystem ist seit mehr als einem Jahrzehnt Schauplatz eines dramatischen Wandels. Eine Reform jagt die nächste. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen. Vom steigenden Wettbewerbs- und Kostendruck getrieben, übernehmen Ärzte immer mehr Aufgaben, die mit ihrem originären Berufsbild wenig zu tun haben. Die ausufernde Bürokratie lässt das Zeitmanagement aus den Fugen geraten. Hinzu kommen rasante wissenschaftliche Fortschritte in Medizin und Pharmazie, die sich zunehmend schwieriger in der eigenen Praxis zum Wohle der Patienten umsetzen lassen.

Doch wie kann es Medizinern gelingen, die Herausforderungen zu meistern? Indem sie sich vernetzen, sind sich viele Experten einig. Dort, wo Informationen und Dienstleistungen schnell und effektiv ausgetauscht werden, können Hochleistungen erbracht und gleichzeitig Arbeitsbedingungen verbessert werden. „Als Einzelkämpfer hat man meist schlechte Karten, seine Interessen durchzusetzen“, bestätigt Gabriele Prah. Mit ihrer Gesellschaft für Gesundheitsökonomie und -management berät sie seit mehr als zehn Jahren Ärzte, die sich vernetzen wollen.

Praxisnetze erhalten freiberufliche Praxisstrukturen

Mittlerweile hat der Gesetzgeber einige Kooperationsmöglichkeiten geschaffen. Eine Form der Kooperation ist der Zusammenschluss von Ärzten zu sogenannten Ärztenetzen. Die Stärke der Praxisnetze liegt nach Ansicht der Experten vor allem in ihrer Regionalität und der Fähigkeit zur sektorenübergreifenden Kooperation. Das deckt sich mit den aktuellen Zielen der Gesundheitspolitik, die seit einiger Zeit zunehmend auf Regionalisierung und eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung setzt. „Die Bedeutung der Versorgungssteuerung wird daher noch weiter steigen. Am besten gelingt sie in

einem Praxisnetz“, ist Prah überzeugt. Von einigen Ärztefunktionären wurden Praxisnetze früher allerdings häufig kritisch beäugt. Das hat sich zuletzt weitgehend gewandelt. So sollten Praxisnetze nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Kollektivvertrag verankert werden. „Die Vernetzung sollte zum Normalfall werden, und zwar in und zwischen den Sektoren“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler bei der Eröffnung der KBV-Versorgungsmesse im Frühjahr 2011 in Berlin. Davon erhofft sich die KBV mehr fachübergreifende Versorgung und „pfadgestützte“ Behandlungsabläufe.

Da der Erhalt der Freiberuflichkeit immer das Thema der Ärzteorganisationen gewesen ist, dürften Ärztenetze mit ihren freiberuflichen Strukturen allein deswegen für sie interessant sein. An der Eigenständigkeit einer einzelnen Praxis ändert sich durch die Mitgliedschaft in einem Ärztenetz nämlich nichts. „Die Freiberuflichkeit zu erhalten und zu fördern, ist ein sehr wichtiges, wenn nicht das wichtigste Ziel eines Praxisnetzes“, sagt Vernetzungsexpertin Prah. Das bestätigt auch Dr. Veit Wambach, Vorstandsvorsitzender des Praxisnetzes Nürnberg Nord: „Wir wollen, dass der Freiberufler im stärker werdenden Wettbewerb nicht ausstirbt, sondern sich als Teil eines Netzwerkes weiter entfalten kann.“

Die Ausgestaltung der Praxisnetze ist vielfältig

Rund 15 Jahre nach der Gründung der ersten Praxisnetze findet man in Deutschland eine vielfältige Netzlandschaft. Derzeit gibt es nach Angaben der KBV etwa 600 bis 800 Praxisnetze, in denen 20.000 Ärzte aktiv sind. Der NAV-Virchowbund schätzt die Zahl der Netze auf 400 mit rund 30.000 beteiligten Ärzten.

Die genaue Anzahl der Netze ist nur schwer zu ermitteln. Da der Begriff nicht eindeutig definiert ist, sind



Gabriele Prah

Praxisnetze oft sehr unterschiedlich ausgestaltet. Die Palette reicht von regelmäßigen Treffen unter den vernetzten Ärzten, wie beispielsweise bei gemeinsamen Qualitätszirkeln, über Einkaufsgemeinschaften bis hin zur Gründung von Gesundheitsunternehmen, die direkte Verträge mit Krankenkassen abschließen.

Netze werden überwiegend mit dem Ziel gegründet, die medizinische Versorgung stärker an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten und die Wirtschaftlichkeit der Versorgungskette mit verbesserter Kooperation, Kommunikation und Koordination zu optimieren. Sie können im Vergleich zur Regelversorgung hohe Beträge einsparen, da sie nicht konkurrieren, sondern zusammenarbeiten – untereinander, aber auch mit Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Sie versuchen auf kurze Wege zu achten sowie Doppelunternehmungen und unnötige Klinikeinweisungen zu vermeiden.

Unmittelbare Vorteile bieten beteiligten Ärzten beispielsweise der gemeinsame Erwerb und/oder Betrieb von Medizintechnik sowie von Informations- und Kommunikationstechnik, ein kollektiver Mitarbeiter-Pool und eine gemeinsame Praxisorganisation.



Dr. Veit Wambach

Stockende Entwicklung nach Auslaufen der Anschubfinanzierung

Anfang der 90er Jahre hat der Gesetzgeber in Deutschland mit den Modellvorhaben (§63 ff. SGB V) und Strukturverträgen (§73a SGB V) die Grundlage für die Vernetzung von Ärzten geschaffen. Nach dem Gründungsboom Mitte der 90er Jahre, ließ die Bereitschaft vieler Praxisnetz-Mitglieder, sich aktiv am Netz zu beteiligen, allerdings stark nach. Einige Praxisnetze lösten sich wieder auf. Als dann aber im Jahr 2004 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung kam, eröffneten sich für gut organisierte Netze neue Wege, sich weiterzuentwickeln und regionale Selektivverträge mit Leben zu erfüllen.

In den vergangenen Jahren hat sich die Entwicklung vieler Netzprojekte allerdings deutlich verlangsamt, weil die IV-Anschubfinanzierung ausgelaufen ist und weil nach Ansicht vieler Netzwerker mit der hausarztzentrierten Versorgung lange Zeit ein anderes Kooperationsmodell vom Gesetzgeber bevorzugt wurde. Doch die Kooperationen, die es geschafft haben, IV-Verträge abzuschließen

und mit Hilfe eines professionellen Netz-managements verbindliche Strukturen aufzubauen, können Erfolge verbuchen. In Evaluationen zeigen sie, dass sie die Kosten der Versorgung deutlich senken und gleichzeitig die Qualität steigern können. Dazu gehört auch das Praxisnetz Nürnberg Nord (PNN), das bereits 1995 gegründet wurde. Das Ärztenetz zählt nach Angaben des Vorstandsvorsitzenden Wambach derzeit fast 180 Mitglieder, die eine städtische Region mit etwa 120.000 Einwohnern versorgen. Die Nürnberger haben früh auf den Hausarzt als Lotsen für den Patienten gesetzt. „Als Koordinationsarzt organisiert er die medizinische Versorgung auf der jeweils richtigen Ebene und ist damit die Eintrittspforte in das Netz“, erläutert Wambach, selbst Hausarzt. Auch soll kein Patient ohne Konsultation eines Facharztes zu einer Großgeräteuntersuchung oder in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

Die Netzärzte kümmern sich Wambach zufolge intensiv um Qualitätssicherung, Fortbildung und neue Versorgungsangebote. Das Praxisnetz kooperiert nicht nur mit Krankenhäusern, sondern auch mit anderen Leistungserbringern. So wurden beispielsweise bereits vor zehn Jahren solche Projekte wie Homecare Nürnberg ins Leben gerufen. Dank dieser recht neuen Versorgungsform können hilfsbedürftige und ältere Patienten zu Hause leben, selbst wenn das im Einzelfall einen großen Aufwand bedeutet. Für seine Konzepte ist PNN mittlerweile mit mehreren Preisen ausgezeichnet worden, darunter zwei Mal mit dem Berliner Gesundheitspreis, der von der AOK und der Ärztekammer Berlin vergeben wird.

Kooperation verbessert Patientenversorgung

Jeder Patient wünscht, die medizinische Versorgung zu bekommen, die er benötigt. Um das zu erreichen, müssen alle Beteiligten, ob Ärzte oder auch andere Professionen, die dafür notwendigen

Informationen austauschen und Hand in Hand arbeiten. Nach einer Umfrage des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2008 muss aber fast jeder fünfte Deutsche Doppeluntersuchungen in Kauf nehmen. In anderen Ländern, wie den Niederlanden, Frankreich oder Kanada, sind es 4 bis maximal 12 Prozent. Zugleich gaben 32 Prozent der deutschen Befragten an – so viele wie in keinem anderen befragten Land –, dass einem von ihnen aufgesuchten Facharzt keine Informationen über ihre medizinische Vorgeschichte vorlagen.

Eine gute Koordination der Behandlungsabläufe und eine enge Kooperation zwischen den Leistungserbringern sind aber gemäß einem Gutachten des Sachverständigenrates unabdingbar für eine optimale Qualität der Versorgung. Ein Gesundheitsverbund mit Haus- und Fachärzten sowie weiteren Partnern könne dafür sorgen, dass eine solche Koordination auch auf Dauer funktioniert, beteuern Netzexperten.

Ein Netz an sich stellt allerdings noch keine Verbesserung dar. Erst wenn es sich konsequent an festgelegten Qualitäts- und Effizienzkriterien orientiert, kann Patientenversorgung tatsächlich verbessert werden. Das gelingt allerdings nicht jedem Praxisnetz. „Wir haben nach einigen Jahren festgestellt, dass bei PNN die innere Verbindlichkeit gefehlt hat, um alle Maßnahmen konsequent umsetzen“, sagt Wambach. Deshalb wurde 2005 innerhalb des Praxisnetzes Nürnberg Nord die Genossenschaft „Qualität und Effizienz“ (QuE) gegründet. „Ein wichtiger Bestandteil des QuE-Projekts ist das Qualitätsmanagementsystem mit verbindlichen Regeln“, betont Wambach. Rund zwei Drittel der PNN-Ärzte sind Wambach zufolge auch im QuE eingebunden. Nicht alle PNN-Mitglieder wollten die in den Verträgen mit der AOK vereinbarte Budgetverantwortung übernehmen oder zur Erfüllung der netzinternen Qualitätsindikatoren verpflichtet werden.

Qualitätssteigerung bei sinkenden Kosten

Um die Patientenversorgung zu verbessern, müssen abgestimmte Behandlungskonzepte entwickelt und gemeinsame Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsstandards vereinbart werden. Besonders für chronisch Kranke müssen Behandlungsketten geschaffen werden, um eine effiziente Versorgung zu gewährleisten. Darüber verständigen sich QuE-Ärzte nicht zuletzt in den vielen Qualitätszirkeln des Netzes. „Im Jahr 2011 haben wir uns beispielsweise auf die Pharmakotherapie fokussiert“, berichtet Wambach. Die in Kleingruppen erarbeiteten Ergebnisse wurden im Rahmen des Qualitätszirkels „Fach- und sektorenübergreifende Koordination der Patientenversorgung“ allen Mitgliedern vorgestellt. Entsprechende Handlungsempfehlungen zur Umsetzung im Praxisalltag wurden vom Netzmanagement aufbereitet und an die QuE-Praxen verteilt.

Kritikern, die behaupten, dass viele Netze auf diese Weise am Patienten sparen, tritt Wambach entschieden entgegen: „Wir können zeigen, dass unsere Patienten sehr gut, zum Teil besser als im bayerischen Durchschnitt versorgt sind.“ Um den medizinischen Erfolg sichtbar zu machen, hat das Praxisnetz ein Set an Effizienzkriterien mit Kennzahlen zusammengestellt. Ein solcher Qualitätsindikator ist etwa die Blutdruckeinstellung oder die Erreichung des HbA_{1c}-Wertes bei Diabetes-Patienten. So sei es gelungen, beim Qualitätsindikator HbA_{1c}-Wert im Vergleich zum bayerischen Durchschnitt um rund 12 Prozentpunkte bessere Werte zu erreichen. Auch liege der Anteil der eingeschriebenen Diabetes-Patienten mit einer augenärztlichen Untersuchung in den letzten 12 Monaten mit über 87 Prozent höher als im bayerischen Durchschnitt mit knapp 70 Prozent. Das überzeugt offenbar auch die Patienten. Bereits 9.000 AOK-Versicherte sind bei QuE eingeschrieben. Um die Patien-

tenzufriedenheit zu überprüfen, führt das Netz außerdem regelmäßig strukturierte Patientenbefragungen durch. Die Ergebnisse der letzten Umfrage aus dem Jahr 2010 können sich sehen lassen. Über 97 Prozent der Patienten, die ihren Fragebogen ausgefüllt haben, sind mit ihrem Arzt entweder sehr zufrieden oder zufrieden. Über 87 Prozent würden außerdem ihren Arzt uneingeschränkt weiterempfehlen.

Mehr Geld für messbare Qualität

Das Versorgungsnetz QuE hat bereits vor einigen Jahren IV-Verträge mit der AOK und der Bayerischen Versicherungskammer geschlossen, die die PNN-Verträge nach §63 ff. SGB V abgelöst haben. Das besondere an dem AOK-IV-Vertrag nach §140 SGB V: Die teilnehmenden Ärzte übernehmen die Verantwortung für das Gesamtbudget, d.h. für alle auf die eingeschriebenen Patienten anfallenden Kosten, darunter auch Kosten, die außerhalb des Netzes z.B. durch einen Krankenhausaufenthalt entstehen. „Durch die ökonomische Verantwortung lässt sich eine hohe Verbindlichkeit der Qualitätsziele für jeden teilnehmenden Arzt auch tatsächlich durchsetzen“, sagt Wambach. Die Effizienzgewinne werden nach Qualitätskriterien verteilt. Wer also bei QuE mitmachen und auch wirtschaftlich von den Verträgen mit den Krankenkassen profitieren will, muss bestimmte Anforderungen erfüllen.

Erreichen die beteiligten Ärzte die gesetzten Ziele, ist das mit finanziellen Anreizen verknüpft. „Das Ziel ist es immer, dass die Ausgaben für einen Patienten niedriger liegen als die Gesamteinnahmen der Krankenkasse für diesen Patienten“, erklärt Wambach. Der Überschuss werde zwischen der Krankenkasse und dem Praxisnetz verteilt: 40 Prozent gehen an die Krankenkasse und 20 Prozent an das QuE-Management, 40 Prozent werden als Honorar an die Ärzte ausgeschüttet. In den vergangenen Jahren lag der Bruttonetzerfolg

Wambach zufolge zwischen 10 und 13 Prozent. „Das bedeutet, dass jede Praxis, die unsere Qualitätsindikatoren erfüllt hat, in den vergangenen Jahren Zusatzhonorare von insgesamt etwa 10.000 Euro pro Jahr bekommen hat“, berichtet Wambach. 2010 hat QuE mit 18 Prozent das beste Resultat seit der Gründung erzielt.

Praxisnetz-Studie 2009 offenbart die Schwachstellen deutscher Ärztenetze

Allerdings arbeiten nur wenige Netze in Deutschland mit einem ähnlichen Erfolg. Das zeigte die „Praxisnetz-Studie 2009“ der Universität Nürnberg-Erlangen. Untersucht wurde der „Reifegrad“ der Praxisnetze anhand der drei Bereiche „Strategie/Netzmanagement“, „Prozesse und Strukturen“ sowie „Informations- und Kommunikationssysteme“. Nur sieben der 100 Netze, die sich an der Studie beteiligt haben, – darunter 86 deutsche und 14 Schweizer Netze – ließen im Vergleich zur Vorläuferstudie aus dem Jahr 2006 Fortschritte erkennen. Lediglich neun Prozent der deutschen Netze erfüllten laut den Wissenschaftlern die Voraussetzungen für eine aufeinander abgestimmte, qualitativ hochwertige und effiziente Patientenversorgung. Nur drei Best-Practice-Netze hat die Studie in Deutschland finden können: das Versorgungsnetz QuE in Nürnberg, das Gesunde Kinzigtal und den Patienten-Partner-Verband in München und Oberbayern. Diese Ärztenetze zählen der Studie zufolge zu den führenden Netzen und können erfolgreich Strukturen der Integrierten Versorgung vorweisen. Die Studienergebnisse gewähren einen Blick auf die vielfältigen Ursachen der langsamen Entwicklung. Den Verfassern der Studie zufolge liegt es hauptsächlich am geringen Professionalisierungsgrad im Management. Einen großen Nachholbedarf gibt es demnach vor allem bei der Netzsteuerung, bei Kooperationen und IT-Unterstützung der Versorgungsprozesse im Netz. Das Klima innerhalb

der Praxisnetze ist aber trotz der genannten Defizite offenbar gut. 71 Prozent der befragten Netzärzte der „Praxisnetz-Studie 2009“ sind insgesamt zufrieden mit der Kooperation. Das bestätigt auch die aktuelle QuE-Mitgliederbefragung. Rund drei Viertel der Befragten gaben an, dass sich ihre Erwartungen an eine QuE-Mitgliedschaft „voll und ganz“ oder „zum überwiegenden Teil“ erfüllt haben. Rund jeder zweite Arzt würde einem Kollegen „auf jeden Fall“ empfehlen, Mitglied in QuE zu werden, weitere 42 Prozent votierten mit „eher ja“. Zwar haben die Ärzte der Umfrage zufolge auch einen gestiegenen zeitlichen Aufwand festgestellt. „Durch den intensiven Austausch mit den Kollegen und das starke „Wir-Gefühl“, fühlen sich viele von ihnen für den zusätzlichen Zeitaufwand entschädigt“, berichtet Wambach.

Trend seit 2010: Ärztenetze arbeiten zunehmend professionell

Seit der Veröffentlichung der „Praxisnetz-Studie 2009“ haben sich die deutschen Netze nach Ansicht von Wambach allerdings enorm weiterentwickelt. „In den vergangenen zwei Jahren merkt man eine deutliche Renaissance der Netze“, sagt er. Auch die Krankenkassen würden eine deutlich höhere Bereitschaft zeigen, Verträge abzuschließen. Die positive Entwicklung bestätigt auch eine Umfrage des Verbands deutscher Praxisnetze e.V. (VdPN) und eines Pharma-Unternehmens, die im Januar 2011 veröffentlicht wurde. Verglichen mit den Ergebnissen der Praxisnetz-Studie 2009 der Universität Erlangen-Nürnberg lässt sich eine deutliche

Weiterentwicklung der Ärztenetze erkennen. Mehr als zwei Drittel der Ärzte gaben an, dass sowohl die Patientenversorgung als auch die fach- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit sich deutlich verbessert haben. Mehrheitlich bestätigen die Teilnehmer, dass sich ihre Verhandlungsposition gegenüber Vertragspartnern wie Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen etc. durch die Netzinitiative verstärkt hat.

Mehr als die Hälfte der Umfrageteilnehmer gibt der Umfrage zufolge an, über ein gut funktionierendes Netzmanagement zu verfügen und weitere Verbesserungen anzustreben. Bei weiteren rund 24 Prozent ist nach eigenen Aussagen bereits ein professionelles Management etabliert, die Zusammenarbeit erfolge verbindlich und es bestünden Verträge mit Krankenkassen.

MEDI Berlin

Um die Jahrtausendwende wurde das KV-System von vielen Akteuren infrage gestellt und es wurde nach möglichen Alternativen gesucht. Im Jahr 2000 haben einige Berliner Ärzte deshalb mit dem Aufbau des MEDI-Verbundes begonnen. Mit der neuen Organisation sollte die Handlungsfähigkeit der Ärzte erhalten werden und der Sicherstellungsauftrag bei den Ärzten bleiben. Damit war MEDI von Anfang an in erster Linie eine berufspolitische Organisation.

Nachdem die Abschaffung des KV-Systems von Tisch war, strebt MEDI nun nach Angaben des Vorsitzenden Dr. Matthias Lohaus Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in den Praxen an. Das Ziel sei demnach, die kollegiale Zusammenarbeit zu optimieren, Qualitätsstandards zu entwickeln und zu verbessern, die Ertragskraft der beteiligten Ärzte zu stärken und die mittelständisch geprägten ärztlichen Versorgungsstrukturen zu sichern. „Unser Netzgedanke wird in erster Linie über den Medi-Kodex transportiert“, erklärt Lohaus. Darin verpflichten sich die Ärzte, zum Wohle der Patienten eng zusammenzuarbeiten und besser zu kommunizieren.

Da, wo die KV als Körperschaft öffentlichen Rechtes die gesundheitspolitischen Interessen der niedergelassenen Ärzte nicht vertreten kann, wird MEDI aktiv. MEDI mischt sich immer wieder in das gesundheitspolitische Geschehen in der Hauptstadt ein, zuletzt in einer öffentlichen Protestaktion gegen die Richtgrößenprüfung.

Struktur

Die MEDI GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) ist ein freiwilliger bezirklicher Zusammenschluss von Vertragsärzten, nichtärztlichen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Insgesamt gibt es 12 GbR. Jede von ihnen umfasst den jeweiligen Berliner Bezirk. Die regionale Ausrichtung soll den Zusammenhalt und gegenseitiges Vertrauen der Ärzte fördern.

Parallel dazu gibt es den Verein „Ärzteinitiative Berlin“ e.V. Der Verein verwaltet die Mitglieder und stellt den Vorstand, der die gesundheitspolitischen Initiativen des Vereins initiiert und steuert. Es wurde ebenfalls eine GmbH gegründet, die die wirtschaftlichen Aktivitäten des Vereins betreibt.

MEDI Berlin ist bundesweit vernetzt als Mitglied des MEDI Deutschland e.V. und der Agentur deutscher Ärztenetze.

Prahl: „Praxisnetze werden unterschätzt“

„Ohne ein professionelles Management kann man kein Netz erfolgreich betreiben“, ist Wambach überzeugt. Diese Aufgabe könne aber nicht einfach von Ärzten übernommen werden, da ihnen in der Regel das Knowhow und die Zeit dazu fehlten.

„Wenn ein Praxisnetz seine Ziele erreicht hat, dann ist es erfolgreich, und nicht weil andere es sagen“, sagt Prahl. Die Netz-Expertin spricht sich vehement gegen die verbreitete Ansicht aus, dass nur ein Netz mit professionellem Management und Verträgen mit Krankenkassen erfolgreich und professionell sein kann. „Wichtig ist es, festzulegen, was die beteiligten Ärzte mit ihrem Netz erreichen wollen und dann zu bestimmen, mit welchen aufwendigen oder weniger aufwendigen Maßnahmen sie das erreichen können“, erklärt Prahl. Viele Ärztenetze in Deutschland hätten ohnehin andere Interessen, als Verträge mit Krankenkassen abzuschließen. So wollen viele beispielsweise eher mehr IGeL-Leistungen verkaufen oder sich in der Region besser positionieren. Aufgrund der starren Kriterien für Erfolg und Professionalität werden viele Praxisnetze und damit die gesamte deutsche Praxisnetz-Landschaft nach Ansicht von Prahl unterschätzt.

Agentur deutscher Netze soll die Netz-Entwicklung fördern

Das will die im April 2011 gegründete Agentur deutscher Ärztenetze ändern. Um die Interessen der Praxisnetze zukünftig zielgerichteter vertreten zu können, haben sich 14 große Ärztenetze und Gesundheitsverbände mit dem NAV-Virchow-Bund zusammengeschlossen. Die Agentur soll den Praxisnetzen nicht nur Gehör in der Politik verschaffen, sondern auch Kompetenzen der Netze bündeln und den Austausch von netzeigenen Entwicklungen, Dienstleistungen und Produkten sowie Vertrags- und Versorgungskonzepten fördern.

Einen wichtigen Impuls für den Ausbau von Praxisnetzen kann eine Regelung des am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes setzen, mit der Ärztenetze mehr Verantwortung übertragen werden soll. Demnach können Kassenärztliche Vereinigungen in Zukunft Praxisnetze durch Honorarzuschläge oder ein eigenes Honorarvolumen fördern. Die KBV soll die Rahmenkriterien für die Anerkennung solcher förderungswürdigen Netze entwickeln.

Nur wenige Praxisnetze in der Hauptstadt

So vielfältig wie im Rest der Bundesrepublik ist die Berliner Praxisnetz-Landschaft nicht. So gibt es kein einziges Netz, das den Entwicklungsgrad des Versorgungsnetzes QuE auch nur annähernd erreichen kann. Einige wenige Praxisnetze haben sich aber dennoch in den letzten Jahren gebildet.

Einige davon sind indikationsbezogene Netze wie beispielsweise das Psonetz Berlin-Brandenburg, das die Versorgung von Patienten mit Psoriasis und Rheuma verbessern will. Da Psoriasispatienten ein höheres Risiko für Herzinfarkte, Bluthochdruck und metabolisches Syndrom haben, arbeitet das Dermatologen-Netz nach eigenen Angaben auch mit anderen Facharztgruppen zusammen.

Andere Praxisnetze wollen zum Wohle der Patienten die kollegiale Zusammenarbeit durch gemeinsame Weiterbildung und Erfahrungsaustausch in Qualitätszirkeln sowie koordinierte Urlaubs- und Vertretungsabsprachen verbessern. Zu solchen Netzen gehört auch die Hausarztakademie Wedding. So wie die meisten Berliner Ärztenetze ist auch dieses Netz ein eingetragener Verein. „In den vier Jahren seit der Gründung haben wir einiges erreicht“, sagt Margarete Falbe, Netzmitglied in der Hausarztakademie Wedding. Neben einem regelmäßigen Qualitätszirkel gibt es eine nach eigenen Angaben reibungslos funktionierende Vertretungsregelung.



Foto: E. Wulfert

Margarete Falbe

lung. Auch eine Einkaufsgemeinschaft konnten die teilnehmenden Ärzte umsetzen. „Davon haben wir natürlich unmittelbare wirtschaftliche Vorteile“, sagt Falbe. Allerdings gibt sie auch zu, dass nicht alles, was das kleine Netz sich in den letzten Jahren vorgenommen hat, umgesetzt werden konnte. So werden die entwickelten Behandlungspfade in den Praxen nicht angewandt. „Es ist ein enormer zeitlicher und finanzieller Aufwand, der ohne zusätzliche Vergütung nicht zu stemmen ist“, erklärt Falbe.

Auch wenn dem kleinen Praxisnetz nicht jedes Projekt gelungen ist, ist Falbe von der Vernetzungsidee überzeugt. „Trotz einiger Rückschläge war es richtig, das Einzelkämpfer-Dasein zugunsten der Kooperation aufzugeben“, sagt die Allgemeinmedizinerin und hat schon den nächsten Schritt von Augen. Schon bald sollen auch Fachärzte in die Kooperation eingebunden werden. Denn auch wenn der zeitliche und organisatorische Aufwand laut Falbe hoch seien: Für den Rückhalt, den die Netzmitglieder einander bieten, lohne es sich weiterzumachen.

Verfasserin:

Eugenie Wulfert, Medizinerjournalistin

Kammer setzt soliden Finanzkurs fort

Bericht von der Delegiertenversammlung am 16. November 2011

Im Mittelpunkt der letzten Delegiertenversammlung des Jahres stehen traditionell die Kammer-Finanzien. So beschäftigten sich die Delegierten diesmal in ihrer November-Sitzung mit dem Jahresabschluss 2010, der Prognose für 2011 und dem Wirtschaftsplan 2012. Festzustellen ist: Die Kammer setzt ihren soliden Finanzkurs fort. Nach den umfangreichen Anpassungen der Kammerbeiträge in den Vorjahren verzichteten die Delegierten deshalb auf weitere Absenkungen. Außerdem beschloss sie den Kauf eines an die Kammer angrenzenden Grundstücks des ehemaligen Blumengroßmarktes.

Von Sascha Rudat

Im Jahr 2010 konnte die Kammer wieder ein sehr positives Ergebnis verzeichnen. Wie der kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, darlegte, lagen die Einnahmen mit 11,14 Millionen um rund 700.000 Euro höher als geplant. Dem standen rund 829.000 Euro geringere Aufwendungen gegenüber. Das Gesamtergebnis fiel damit um rund 1,5 Millionen Euro höher aus als prognostiziert. Dank dieses positiven Ergebnisses konnte dem variablen Kapital rund eine Million Euro zugeführt werden. Grund für dieses erfreuliche Ergebnis waren laut Rosenkranz auf der Einnahmenseite vor allem höhere Beitragseinnahmen (+560.000 Euro). Weiterhin habe es positive Effekte bei den Finanzerträgen und der Auflösung von Rückstellungen gegeben. Bei den Aufwendungen machten sich unter anderem geringere Personalkosten (offene Nachbesetzungen) und geringere Kosten für Softwareanpassungen positiv bemerkbar.

Der Vorsitzende der Haushaltskommission, Reinhold Grün, teilte mit, dass sich die Kommission ausführlich mit dem Jahresabschluss 2010 befasst habe. Einzelne Punkte seien diskutiert worden. Grün empfahl den Jahresabschluss 2010 anzunehmen und den Vorstand zu entlasten. Gleiches taten die anwesenden Wirtschaftsprüfer der Firma Deloitte und Touche GmbH, die einen uneingeschränkten Prüfvermerk erteilten.

Eine ähnlich erfreuliche Entwicklung ist für das Haushaltsjahr 2010 zu verzeichnen. Wie Frank Rosenkranz erläuterte, werde auf der Ertragsseite nach aktuellem Kenntnisstand nahezu die geplante Summe von 11,1 Millionen erreicht. Auf der Aufwandsseite erwarte er eine Unterschreitung von rund einer halben Million Euro. Dies würde nach heutigem Stand zu einem positiven Ergebnis von rund 400.000 Euro führen – statt einer prognostizierten Kapitalentnahme von 134.000 Euro. Als Gründe für die Abweichung zum Wirtschaftsplan 2011 nannte Rosenkranz zwei Beispiele: die Personalkosten und die Softwareanpassungskosten. Wie bereits im Jahresabschluss thematisiert, gab es teilweise unbesetzte Stellen, die erst zum Ende des Jahres bzw. zum Anfang des nächsten Jahres besetzt werden konnten.

Für 2012 geht Rosenkranz von ca. 800.000 Euro Mehr-Ausgaben aus, bedingt u. a. durch einen mit 150.000 Euro etatisierten Fortbildungskongress. Beim Thema Erträge erinnerte er daran, dass man aufgrund der vergangenen Beitragsmehreinnahmen mittelfristig zuletzt von 4% Steigerung ausgegangen sei. Für den Zeitraum 2011/2012 habe man sich auf eine Steigerungsrate von 2,5% verständigt. Daneben machte er darauf aufmerksam, dass durch die Neuausschreibung der Gebäudedienstleistungen und den damit verbundenen Vergabeverordnungen in



Berlin deutlich höhere Kosten, insbesondere hinsichtlich der neuen Mindestlohngrenze, eingeplant werden müssten. Für die mittelfristige Prognose gehe man von leichten Unterdeckungen der Haushalte aus, die sich jedoch durch die Ergebnisse der vergangenen Jahre vertreten lassen. Rosenkranz informierte, dass die Liquidität der Ärztekammer Berlin nachhaltig sehr gut sei und auch für die kommenden Jahre stabil bleibe.

Keine Beitragssenkungen

Schatzmeister Rudolf Fitzner erklärte im Anschluss, dass für das Jahr 2012 keine Beitragssenkung vorgesehen sei. Er erinnerte daran, dass in den vergangenen Jahren erhebliche Beitragsänderungen vorgenommen worden seien. So seien einige untere Einkommensgruppen komplett beitragsfrei gestellt worden. Es gelte nun, den Effekt der wiederholten Beitragssenkungen in den vergangenen Jahren zu nutzen, deren Auswirkung sich erst in den nächsten Jahren bemerkbar machen würde. Umso wichtiger sei es, Stabilität zu schaffen, die durch jährliche Änderungen und Neufassung nicht zu erreichen sei.

Kammerpräsident Günther Jonitz erläuterte auf Nachfrage, dass es für den für 2012 geplanten Fortbildungskongress noch keine konkrete konzeptionelle Ausrichtung gebe, betonte aber, dass dieser einer möglichst großen Anzahl von Kammermitgliedern offen stehen solle.

Hinsichtlich der geplanten Jubiläumsfeier zum 50-jährigen Bestehen der Kammer im Jahr 2013, die anteilig im Haushalt 2012 berücksichtigt wurde, stellten Jonitz und Geschäftsführer Michael Hahn den Delegierten die bisherigen Planungen und den angedachten Ablauf der Festveranstaltung vor. Während hier der Etat noch nicht im Detail festgelegt werden konnte, sollte der Etat für den Ärztekongress klar Positionen und Handlungsspielräume vorbereiten, um nicht in Form von Nachtrags Haushalten nachbessern zu müssen.

Nachdem alle Fragen beantwortet waren, verabschiedeten die Delegierten den Jahresabschluss 2010 einstimmig und entlasteten den Vorstand. Ebenso einstimmig wurde der Wirtschaftsplan 2012 angenommen. Die unveränderte Gebührenordnung wurde einstimmig bei zwei Enthaltungen angenommen.

Kammer will Nachbargrundstück kaufen

Nachfolgend erläuterte Kammerpräsident Jonitz die Gründe für den geplanten Kauf des Nachbargrundstücks der Kammer in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro. Es sei klar, dass die Fläche im Gebäude der Ärztekammer Berlin in der Friedrichstraße 16 nicht ausreiche. Im Grunde, so erläuterte Jonitz, sei die Kapazität schon beim Einzug in das neue Haus nicht ausreichend gewesen. Bereits heute würden weiteren Büroräume in der Friedrichstraße 235/236 angemietet, um den aktuellen Raumbedarf abzusichern. Auch werde das Seminar- und Fortbildungszentrum umfangreich genutzt und sei an die Grenzen der Auslastung gelangt. Der Erwerb von etwaigen Objekten in unmittelbarer Nähe der Kammer kommt, laut Jonitz, aus verschiedenen Gründen nicht in Betracht.

Grundstücke aber, die in derart zentraler Lage wie in Mitte zum Neuerwerb zur Verfügung stünden, stellten eine äußerst seltene Option dar, die man sich nicht entgehen lassen sollte. Mit dem Wegzug des Blumengroßmarktes und dem Umzug des Jüdischen Museums böte sich nun die einmalige Chance, ein unmittelbar angrenzendes Grundstück zu erwerben. Jonitz hob hervor, dass es zunächst darum gehe,

das Grundstück zu sichern. In einem weiteren Schritt könne man einen Erweiterungs- oder Anbau planen.

Der kaufmännische Leiter Frank Rosenkranz erklärte, dass man derzeit Flächen von 1.500 Quadratmetern außerhalb des eigenen Gebäudes angemietet habe. Im Gebäude der Ärztekammer Berlin stünden 4.200 Quadratmeter zur Verfügung. Auf dem zu erwerbenden Grundstück von rund 2.000 Quadratmetern hätte man theoretisch die Möglichkeit, eine Fläche von maximal 5.000 Quadratmeter zusätzlich zu nutzen. Ein Konzept gebe es momentan jedoch noch nicht. Die Delegierten verabschiedeten den Antrag bei drei Enthaltungen schließlich einstimmig.

Ausgabe des Heilberufsausweises wird fortgesetzt

Ebenfalls einstimmig fiel das Votum der Delegierten für eine Einführung von Ge-

bühren für die Abnahme von Fortbildungsprüfungen sowie die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Beruflichen Bildung von Medizinischen Fachangestellten aus. Dabei ging es unter anderem um die Fortbildungsprüfungen zur neu eingeführten Zusatzqualifikation Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung.

Einstimmigkeit herrschte auch bei der Fortsetzung des „kontrollierten Ausgabeprozesses“ des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) ab dem 1. Januar 2012. Im vergangenen April hatten die Delegierten für die Ausgabe gestimmt, damit die Kammer ihren gesetzlichen Verpflichtungen nachkommen kann. Die ersten Erfahrungen mit dem Ausgabeprozess waren positiv. Der Ausgabeumfang soll zunächst 500 Ausweise pro Jahr nicht übersteigen.

srd

ANZEIGE

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 09.01.–18.01.2012 (Kursteil C1) 18.01.–27.01.2012 (Kursteil C2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs C: 960 € Kursteile C1, C2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ Teil A: 10.02.–11.02.2012 Teil B: 02.03.–03.03.2012 Teil C: 30.03.–31.03.2012 Teil D: 04.05.–05.05.2012	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung	DRK-Kliniken Mitte Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 135 € je Kursteil, Ermäßigung auf Anfrage	12 P je Kursteil
■ 27.02.–29.02.2012	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 29.02.–02.03.2012 02.03.2012	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei der Röntgendiagnostik – bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: Spezialk. Rö-diag: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 08.03.–10.03.2012 22.03.–24.03.2012	40 Std. Kurs (Teil 1+2) zum Erwerb der Qualifikation Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie (40 Std. Kurs, Curriculum der Bundesärztekammer)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1403, E-Mail: k.werner@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: r.drendel@aekb.de Tel: 40806-1401 Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 23.03.2012	Theorie und Praxis der Psychometrie und Perimetrie bei arbeits- und verkehrsmedizinischen Untersuchungen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 60 €	5 P
■ 23.03.–24.03.2012	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 6)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 €. Kombipreis für beide Kurse: 290 €	16 P
■ 10.05.–12.05.2012 14.06.–16.06.2012 23.08.–25.08.2012 07.12.2012	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 7)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwannenwerder	Informationen zum Inhalt: Tel.: 40806-1405 Anmeldung: 40806-1301 E-Mail: aerztliche-fuehrung2012@aekb.de	80 P
■ 01.06.–02.06.2012 17.08.–18.08.2012 31.08.–01.09.2012	Grundlagen der medizinischen Begutachtung 3 Module, nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S.9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr: 400 €	45 P

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstreitende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen.

„Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team.

Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten, feed-back gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Termin: Freitag 16.03.2012 – Samstag 17.03.2012

Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: Tel.: 40806-1402, E-Mail: i.wegner@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt)

Inhaltliches: Dr. med. K. Werner, Tel. 40806-1403, E-Mail: k.werner@aekb.de
290 Euro, 17 Fortbildungspunkte

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Die ÄKB bietet gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit das Seminar „Fallanalyse“ an. Ziel des Seminars ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen, aufgetretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Anhand von Kurzvorträgen werden die theoretischen Grundlagen und Konzepte der Fehlerentstehung vorgestellt. Mit Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse/Systemanalyse (root cause analysis) eingeübt. Besonderer Wert wird dabei auf die Betrachtung der Organisationsfaktoren wie Sicherheitskultur, Arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen u. a. gelegt.

Dieser Kurs bietet keine Einführung in CIRS, sondern befasst sich mit Methoden und Hintergrundwissen zur Analyse von schweren Zwischenfällen und Unfällen.

Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Termin: Donnerstag 19.04.2012 – Samstag 21.04.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich:
Ärztekammer Berlin, Tel. 408 06-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)
Teilnehmergebühr: 530 EUR, 27 Fortbildungspunkte

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2012 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 13.02.-18.02.2012 / Woche 2: 16.04.-21.04.2012 / Woche 3: 11.06.-16.06.2012 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 40806-1208 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2012@aekb.de

Weiterbildungskurs Pädiatrie

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Der Kurs ist Bestandteil der 5-jährigen WB Allgemeinmedizin (Ersatz für ein halbes Jahr Kinderheilkunde) und setzt sich zusammen aus:

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

Termine Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr
15.03.2012, 29.03.2012 und 26.04.2012

Ort: Ärztekammer Berlin, Seminarraum, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 550 EUR, 9 Fortbildungspunkte

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

Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin

zum Facharzt für Allgemeinmedizin (nach WbO 1994 – 3)

Kursreihe 17 vom 18.04.2012 – 12.12.2012

Kursleitung: Dr. med. J. Dölling

Termine: jeweils mittwochs 19:00 – 21:15
18.04.12, 02.05.12, 16.05.12, 30.05.12, 06.06.12, 08.08.12, 22.08.12
05.09.12, 19.09.12, 17.10.12, 31.10.12, 14.11.12, 28.11.12, 12.12.12

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Gesamtgebühr: 128 EUR, 42 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 030/40806-1203;
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Der Weiterbildungskurs Allgemeinmedizin der Ärztekammer Berlin beinhaltet die laut Weiterbildungsordnung geforderten Blöcke Allgemeinmedizin 1, 14, 18 und 19 (insgesamt 42 Stunden).

www.berliner-aerzte.net!

Gendiagnostikgesetz:

7 Fragen – 7 Antworten

Ab dem 1. Februar 2012 dürfen genetische Beratungen im Zusammenhang mit genetischen Untersuchungen nur noch durch speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden. Die Ärztekammer Berlin beantwortet die 7 wichtigsten Fragen zum Gendiagnostikgesetz (GenDG)¹.

Auch wenn genetische Untersuchungen heute immer noch vor allem die Gebiete Humangenetik, Gynäkologie und Kinderheilkunde betreffen, finden entsprechende Untersuchungsverfahren zunehmend auch in allen anderen Gebieten Verbreitung. Der Bundesgesetzgeber hat auf diese Entwicklung mit dem am 1. Februar 2010 im Wesentlichen in Kraft getretenen und zum Teil sehr umstrittenen Gendiagnostikgesetz (GenDG) reagiert und sowohl die Voraussetzungen und Grenzen genetischer Untersuchungen neu geregelt sowie auch die genetische Beratung auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.² Auf beide Regelungskomplexe soll im Folgenden – vornehmlich mit Blick auf die Relevanz für die ärztliche Berufsausübung – eingegangen werden. Besonders betrachtet werden soll dabei auf die ab dem 1. Februar 2012 für die Durchführung genetischer Beratungen im Zusammenhang mit genetischen Untersuchungen erforderliche spezielle Qualifikation.

1. Wer darf genetische Untersuchungen durchführen?

Eine im GenDG für die ärztliche Berufsausübung zentrale Vorschrift legt fest, wer genetische Untersuchungen zu medizinischen Zwecken durchführen darf. Nach § 7 Abs. 1 GenDG³, der den s. g. Arztvorbehalt regelt, dürfen genetische Untersuchungen zu medizinischen Zwecken zu-

nächst einmal nur von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Im Weiteren unterscheidet das Gesetz zwischen solchen genetischen Untersuchungen, die dem Ziel der Abklärung bestehender Erkrankungen oder der Abklärung genetischer Eigenschaften zu verschiedenen Zwecken dienen (s. g. diagnostische genetische Untersuchungen, § 3 Nr. 7) und genetischen Untersuchungen, die das Ziel haben, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung oder eine Anlageträgerschaft für Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen bei Nachkommen (s. g. prädiktive genetische Untersuchungen, § 3 Nr. 8) abzuklären.

Die s. g. diagnostischen genetischen Untersuchungen dürfen von allen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden. Die s. g. prädiktiven genetischen Untersuchungen dürfen nur von Fachärztinnen und Fachärzten für Humangenetik und solchen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt werden, die sich beim Erwerb einer Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung für genetische Untersuchungen im Rahmen ihres Fachgebietes qualifiziert haben. Darüber, welche Facharztgruppen dies bezogen auf welche prädiktiven genetischen Untersuchungen betrifft, geben die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern und die Weiterbildungsrichtlinien, mit denen die Inhalte der Weiterbildung konkretisiert werden, Auskunft.

2. Wann muss eine genetische Beratung durchgeführt werden und durch wen?

Bereits seit Inkrafttreten des GenDG am 1. Februar 2010 besteht die Verpflichtung

zur genetischen Beratung im Zusammenhang mit einer genetischen Untersuchung. Das Gesetz legt dabei fest, in welchen Fällen eine genetische Beratung nur angeboten werden soll und in welchen Fällen eine solche zwingend durchzuführen ist.

Bei einer s. g. diagnostischen genetischen Untersuchung soll nach § 10 Abs. 1 und Abs. 3 die verantwortliche ärztliche Person nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses der hiervon betroffenen Person eine genetische Beratung durch eine Ärztin oder einen Arzt anbieten. Die genetische Beratung ist in den Fällen der s. g. diagnostischen genetischen Untersuchung also nicht zwingend. Sofern sie angeboten wird, muss sie auch nicht von der ärztlichen Person durchgeführt werden, die die genetische Untersuchung vorgenommen hat (z.B. dem Labormediziner) und auch nicht von der ärztlichen Person, die verantwortlich ist (z.B. Hausarzt). Die genetische Beratung kann in diesen Fällen an eine andere ärztliche Person delegiert werden, die die Voraussetzungen nach § 7 Abs. 1 und Abs. 3 erfüllt (siehe hierzu oben unter Frage 1.).

Bei einer s. g. prädiktiven genetischen Untersuchung ist nach § 10 Abs. 2 die Beratung vor der Untersuchung und nach Vorliegen des Untersuchungsergebnisses zwingend durchzuführen. Auch die Beratungen im Zusammenhang mit einer prädiktiven genetischen Untersuchung können an eine ärztliche Person delegiert werden, die gem. § 7 Abs. 1 und Abs. 3 dazu berechtigt ist, die jeweilige genetische Untersuchung sowie die Beratung durchzuführen.

Die genetische Beratung im Zusammenhang mit einer prädiktiven genetischen Untersuchung darf nur entfallen, soweit die betroffene Person im Einzelfall nach vorheriger schriftlicher Information über die Beratungsinhalte auf die genetische Beratung schriftlich verzichtet.

Die Beratungspflichten nach dem GenDG bestehen im Übrigen unabhängig von den in den Berufsordnungen der Landesärztekammern bestehenden Vorschriften zur Patientenaufklärung.

¹ Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostikgesetz – GenDG) vom 31. Juli 2009 (BGBl. I S. 2529, 3672)

² Vgl. hierzu Dr. jur. Marlis Hübner und Dr. med. Wiebke Pühler „Das Gendiagnostikgesetz – neue Herausforderungen im ärztlichen Alltag“, MedR 2010, S. 676 ff.

³ Alle im Folgenden genannten Paragraphen ohne weitere Bezeichnung sind solche des GenDG

3. Wie muss die genetische Beratung erfolgen?

Nach den Vorgaben des GenDG erfolgt die genetische Beratung in allgemein verständlicher Form und ergebnisoffen. Sie umfasst insbesondere die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen im Zusammenhang mit der Vornahme oder Nichtvornahme der genetischen Untersuchung und ihren vorliegenden oder möglichen Untersuchungsergebnissen. Die Beratung umfasst zudem Informationen über die Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen der betroffenen Person, welche durch die Untersuchung und ihr Ergebnis verursacht werden können. Mit der Zustimmung der betroffenen Person kann eine weitere sachverständige Person mitberatend hinzugezogen werden. Ist anzunehmen, dass genetisch Verwandte der betroffenen Person Träger der zu untersuchenden genetischen Eigenschaften mit Bedeutung für eine vermeidbare oder behandelbare Erkrankung oder gesundheitliche Störung sind, umfasst die genetische Beratung auch die Empfehlung, diesen Verwandten eine genetische Beratung zu empfehlen. Entsprechendes gilt in den Fällen, in denen die genetische Untersuchung bei einem Embryo oder Fötus vorgenommen werden soll (vgl. § 10 Abs. 3).

Der betroffenen Person ist nach der Beratung zu einer prädiktiven Untersuchung eine angemessene Bedenkzeit bis zur Untersuchung einzuräumen (§ 10 Abs. 2 Satz 2). Die verantwortliche ärztliche Person oder die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Beratung angeboten oder vorgenommen hat, hat den Inhalt der Beratung zu dokumentieren (§ 10 Abs. 4).

4. Welche Qualifikation ist für die Durchführung der genetischen Beratung erforderlich?

Eine für die ärztliche Berufsausübung sehr bedeutsame Vorschrift des GenDG tritt – zwei Jahre nach Inkrafttreten des GenDG – am 1. Februar 2012 in Kraft. Nach § 7 Abs. 3 dürfen Ärztinnen und Ärzte ab 1. Februar 2012 eine genetische Beratung im Zusammenhang mit einer genetischen Untersuchung nur noch durchführen, wenn sie sich hierfür qualifiziert haben. Die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung werden von der beim Robert-Koch-Institut eingerichteten Gendiagnostikkommission (GEKO) erstellt.

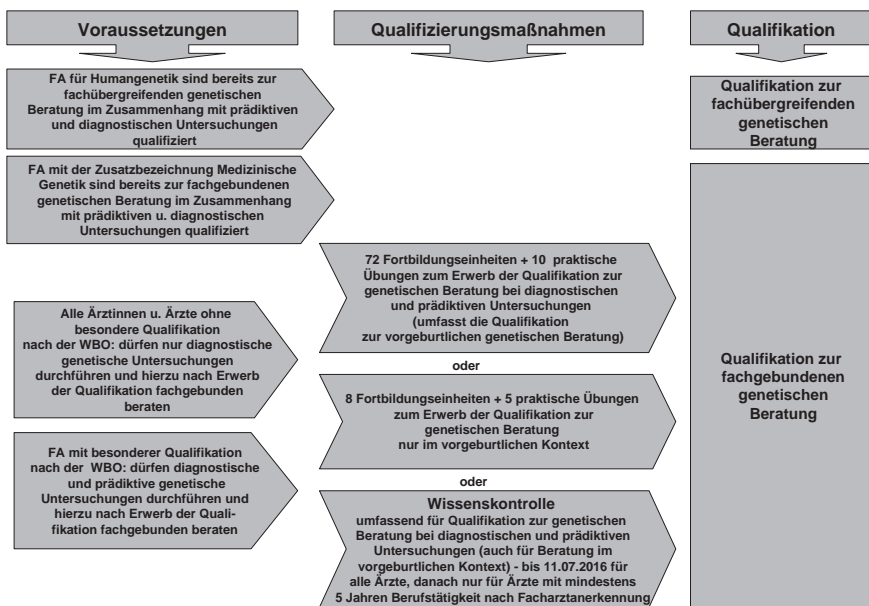
Am 11. Juli 2011 ist die Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO-RL) über die Anforderungen an die Qualifikation zur genetischen Beratung und über deren Inhalte veröffentlicht worden und in Kraft getreten.⁴

5. Was regelt die Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission?

Nach den Vorgaben der Richtlinie sollen alle Ärztinnen und Ärzte die Qualifikation für die fachgebundene genetische Beratung erwerben oder nachweisen, um innerhalb der Fachbereichsgrenzen genetische Beratungen durchführen zu dürfen. Fachgebunden bedeutet in diesem Zusammenhang gemäß GEKO-RL, dass eine genetische Beratung im Hinblick auf fachspezifische Fragestellungen erfolgt, die im Rahmen des jeweiligen ärztlichen Fachgebietes anfallen und keine übergreifende, die Fachgrenzen überschreitende genetische Expertise erfordern. Ergebnisse in der genetischen Beratung Hinweise auf übergeordnete Fragestellungen, die über die eigenen Fachgrenzen hinausgehen, so soll eine Überweisung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierte Ärztin oder Arzt mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik erfolgen. Fachärztinnen und Fachärzte für Humangenetik benötigen keine gesonderte Qualifikation zur Durch-

⁴ Richtlinie der Gendiagnostik-Kommission (GEKO) über die Anforderungen an die Qualifikation zur und Inhalte der genetischen Beratung gemäß § 23 Abs. 2 Nr. 2a und 23 Abs. 2 Nr. 3 GenDG in der Fassung vom 01.07.2011 veröffentlicht und in Kraft getreten am 11.07.2011.

Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung



führung fachübergreifender genetischer Beratungen. Fachärztinnen und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik sind mit dieser Zusatzweiterbildung bereits zur fachgebundenen genetischen Beratung qualifiziert.

Inhaltlich differenziert die Richtlinie zwischen der Qualifikation für die fachgebundene genetische Beratung (VII.3.) und der Qualifikation für die genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung (VII.4.) Beide Qualifikationsziele gliedern sich jeweils in einen theoretischen Teil der Qualifikation und einen praktisch-kommunikativen Teil. Die Richtlinie geht dabei davon aus, dass die Qualifikation im Rahmen ärztlicher Fortbildung erworben wird. Es wird die Kenntnis der essentiellen Grundlagen erwartet. Für die Qualifikation für genetische Beratung bei s. g. prädiktiver und bei s. g. diagnostischer genetischer Untersuchung sollen die Inhalte in 72 Fortbildungseinheiten (entspricht ca. neun Schulungstagen) vermittelt werden. Für die Qualifikation zur genetischen Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung hält die GEKO acht Fortbildungseinheiten (entspricht ca. einem Schulungstag) für erforderlich. Die große 72 Fortbildungseinheiten umfassende Qualifizierungsmaßnahme schließt die Qualifizierung zur Beratung im vorgeburtlichen Kontext mit ein.

Zusätzlich zum theoretischen Teil sieht die Qualifikation für die fachgebundene genetische Beratung im praktisch-kommunikativen Teil zehn und die Qualifikation für die genetische Beratung im Kontext der vorgeburtlichen Risikoabklärung fünf praktische Übungen vor. Diese können jedoch jeweils durch den Nachweis einer Qualifikation in der psychosomatischen Grundversorgung oder äquivalenter Weiterbildungs- oder Fortbildungsinhalte ersetzt werden. Für eine Übergangszeit von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie kann der theoretische Teil durch eine bestandene Wissenskontrolle ersetzt werden; danach gilt diese Sonderregelung weiter für Ärztinnen und Ärzte mit mindestens fünfjähriger Berufstätigkeit nach Facharztanerkennung.

6. Wer ist zuständig?

Das GenDG ist Bundesrecht, das durch die Länder ausgeführt wird. Mit Bescheid vom 05.12.2011 hat die für das Land Berlin zuständige Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Aufgabe der Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte nach § 7 Abs. 3 GenDG der Ärztekammer Berlin übertragen. Die Ärztekammer Berlin ist daher nunmehr zuständig für die Durchführung der Qualifikationsmaßnahmen, für die Anerkennung von Qualifikationsmaßnahmen Dritter und für die Durch-

führung und Abnahme der Wissenskontrollen. Die Zeit zur Umsetzung der GEKO-RL bis zum 1. Februar 2012 ist sehr knapp bemessen. Gleichwohl ist der Bund nicht bereit, die Frist zur Umsetzung der GEKO-RL zu verlängern. Da auch die GEKO-RL selber davon ausgeht, dass flächendeckende und ausreichende Qualifizierungsangebote erst in den kommenden fünf Jahren entstehen werden, hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales die Ärztekammer Berlin gebeten, ihre Aktivitäten zunächst auf das Angebot der Wissenskontrollen zu konzentrieren und auf die Möglichkeit hingewiesen, zur Vorbereitung auf diese für eine Übergangszeit zeitlich reduzierte Fortbildungsmaßnahmen anzubieten.

7. Wie und wo kann ich die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung erwerben?

Eine formale Anerkennung der Qualifikation zur genetischen Beratung nach GenDG erfolgt nicht und ist auch nicht erforderlich. Der Nachweis einer Qualifizierung zur genetischen Beratung nach § 7 Abs. 3 GenDG kann jeweils durch den Nachweis einer von der Ärztekammer durchgeführten Qualifizierungsmaßnahme, einer durch die Ärztekammer anerkannten Qualifizierungsmaßnahme Dritter oder durch den Nachweis der bestandenen Wissenskontrolle erbracht werden.

Die Ärztekammer Berlin wird Qualifizierungsmaßnahmen anderer Anbieter auf deren Antrag prüfen und bei Übereinstimmung mit den Anforderungen an die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach der GEKO-RL anerkennen. Es werden zudem Wissenskrollen angeboten werden. Die Einzelheiten zur Durchführung der Wissenskrollen sowie weitere Informationen zum Thema sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerzte-kammer-berlin.de veröffentlicht.

Martina Jaklin
Leiterin Abteilung 4
Dr. med. Henning Schaefer
Leiter Abteilung 2
Ärztekammer Berlin

Vielleicht Infarkt? Sofort 112!

Berliner Herzinfarktregister: Klinikversorgung optimal

Stolz sein kann Berlins Ärzteschaft: Die Stadt hat eine sehr effektive Versorgungskette für Infarktpatienten und entsprechend niedrig ist deren Klinikmortalität. Das ist nicht zuletzt ein Verdienst des „Berliner Herzinfarktregisters e.V.“ (BHIR). Gegründet wurde es vor über einem Jahrzehnt von Kardiologen, die um der Versorgungsqualität willen kollegiale Kooperation der Konkurrenz vorzogen. Von Anfang an hat ihre Ärztekammer dies aktiv gefördert. Kürzlich fand das jährliche wissenschaftliche Symposium im Haus der Kammer gemeinsam mit der Feuerwehr statt. Denn die Versorgungskette soll gemeinsam mit ihr noch fester geschmiedet werden, und auch die wissenschaftliche Zusammenarbeit könnte mit Hilfe zugänglicher Daten verbessert werden.

Die wachsenden Erfolge der Versorgung von Infarktpatienten erklärte Kammerpräsident Günther Jonitz (Mitglied des Registervereinsvorstands) mit dem besonders praxisnahen, nachhaltigen Lernen durch das Register. Eine solche Zusammenarbeit sei durchaus noch nicht selbstverständlich, sie sollte aber schleunigst normal werden. „Als Leistungsträger werden wir nur dann überleben, wenn wir systematisch miteinander lernen“, sagte Jonitz einleitend.

Die meisten großen Krankenhäuser beteiligen sich am Register, zum Beispiel alle Vivantes-Kliniken und die Charité (ohne Benjamin-Franklin-Klinikum). Bei den Krankenkassen gelte die Mitarbeit im Herzinfarktregister als Qualitätsmerkmal, sagte Walter Thimme, der frühere Vorsitzende des Register-Vereins, zu BERLINER ÄRZTE. Sein Nachfolger Heinz Theres (Rehabilitationsklinik „Medical Park Berlin Humboldtstraße“) stellte als Moderator den neuen Ärztlichen Leiter des Rettungsdienstes der Berliner Feuerwehr vor: Stefan Poloczek.

„Berliner Infarktwehr“

Besser als Feuerwehr würde „Infarktwehr“ passen, denn nur noch zwei Prozent aller Einsätze in Berlin gelten Bränden. 80 Prozent sind Rettungsfahrten, 30 Prozent davon zu Herzkranken. Nicht immer ist es ein Infarkt; „manche rufen nur deshalb die Feuerwehr, weil sie beim Kardiologen erst in sechs Wochen einen Termin bekamen“, sagte Poloczek.

Weil beim Herzinfarkt jede Minute zählt, darf weder der Patient noch ein Ange-

höriger noch der vielleicht zuerst angerufene Hausarzt zögern, 112 zu wählen und einen Notarztwagen anzufordern. Und dies, obwohl sich dann in der Klinik herausstellt, dass nur etwa ein Drittel der Patienten mit anhaltend starkem Brustschmerz tatsächlich einen Infarkt haben. Diese Zahl nannte Martin Möckel, Ärztlicher Leiter der Charité-Notfallmedizin, Campus Mitte und Virchow.

Möckel beklagte, dass selbst bei eindeutigen Infarktzeichen viele Patienten noch immer stundenlang abwarten, ehe sie 112 wählen, oder den langwierigen Umweg über den Hausarzt gehen. Auch müssten die Patientenpfade vom Rettungsdienst über die Notaufnahme und Intensivstation bis schließlich in die Rehabilitationsklinik auf IT-Basis besser miteinander verbunden werden.

Rettungsdienst fast reibungslos

In der Rettungsleitstelle der Feuerwehr läuft bei Notrufen jetzt eine strukturierte Folge detaillierter Fragen nach dem Zustand des Patienten ab, wie Poloczek berichtete. Dann wird er einer der drei Dringlichkeitsstufen zugeordnet. Nötigenfalls wird der anrufende Angehörige auch zu Erste-Hilfe-Maßnahmen angeleitet. Sieht es nach einem Herzinfarkt oder einem anderen Ereignis aus, bei dem jede Minute zählt, dann schickt die Leitstelle eines der 20 Berliner Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF). Sie sind besonders gut ausgestattet, zum Beispiel mit 12-Kanal-EKG, und mit intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten besetzt. Schon vor 15 Jahren hat die Ärztekammer Berlin die Zusatz-Weiter-

bildung zum Rettungsmediziner eingeführt. Auch mit dieser Zusatzbezeichnung ist Berlin Avantgarde. Der Notarzt, der das Spezialfahrzeug direkt beim Krankenhaus vorfindet, kann mit der Behandlung bereits im Wagen beginnen und die Klinik auf den Patienten vorbereiten. Poloczek erinnerte daran, dass der Notarzteinsatzdienst in Berlin zuerst von den Kardiologen eingeführt wurde.

Ist ein Notarzteinsatzfahrzeug nicht schnell genug frei, kann ein Rettungshubschrauber starten. Aber auch die hundert „normalen“ Rettungstransportwagen (RTW) sind kein schlechter Ersatz. Sie werden von Feuerwehrleuten gefahren, die eine zweijährige Ausbildung zum Rettungssanitäter haben. Und bereits seit 1985 sind sie mit Defibrillatoren ausgestattet. Damit konnten die Rettungssanitäter immerhin 20 Prozent der Patienten mit Herzstillstand reanimieren.

Der Rettungsdienst der Feuerwehr erfasst seit kurzem die Patientendaten mit einem Spezialstift digital, berichtete Poloczek. So lässt sich endlich eine brauchbare Statistik aufbauen. Denn bisher gebe es bei der Feuerwehr nur einen gigantischen Datenfriedhof. Viele wissenschaftliche Fragen können nicht beantwortet werden, weil man dafür jedes Mal hunderttausende von Patientenprotokollen von Hand durchsuchen müsste.

Trau keiner Statistik

Die amtlichen Statistiken kann man offenbar nur mit Vorsicht benutzen. Ein Beispiel zeigt dies besonders deutlich:

ANZEIGE

In Berlin schien es jahrelang fast keine Infarktmortalität mehr zu geben – und niemandem fiel das auf. Erst als die statistischen Ämter Berlins und Brandenburgs fusionierten, wurde man stutzig. Denn nun starb scheinbar auch in Brandenburg kaum noch jemand am Herzinfarkt. Des Rätsels Lösung: Die Berliner Kodierung – Hypertonie und nicht Infarkt als Todesursache – galt nun auch für Brandenburg.

Sehr aussagekräftig sind dagegen die Daten des Infarktregisters. Sie sind zum einen Grundlage für zahlreiche Studien der Versorgungsforschung, zum anderen dienen sie direkt der Qualitätssicherung und –verbesserung, die aber erst einmal der Bestandsaufnahme bedarf. Wie leitliniengerecht ist die Versorgung? Welche medizinischen Methoden dominieren? Werden bestimmte Patientengruppen vernachlässigt? Wie stehen die einzelnen am Register beteiligten Kliniken im Vergleich mit den anderen da? Antworten auf solche Fragen ermöglicht das Register. Beispiele nannte die Leiterin der wissenschaftlichen Datenzentrale des BHIR, Birga Maier.

Wenn schon Infarkt, dann in Berlin

Hier werden fast alle Infarktpatienten heute leitliniengerecht behandelt. „Leitliniengerecht“, das heißt vor allem beim ST-Hebungs-Infarkt (STEMI, 46% aller Infarkte):

Die Infarktsterblichkeit...

in den Berliner „Register-Kliniken“ sank von 13,1 Prozent im Erhebungszeitraum 1999/2000 auf 7,1 Prozent im Zeitraum 2009/2010. Doppelt so viele Infarktpatienten – 14,6 Prozent – starben außerhalb der Klinik. Die Zahl irritiert im ersten Moment, denn anderen Orts liest man, ca. 50 Prozent stürben schon vor dem Erreichen der Klinik. Der scheinbare Widerspruch löst sich so auf: Die Zahl 14,6 Prozent bezieht sich auf alle am Herzinfarkt Erkrankten: Die Zahl 50 Prozent (in Berlin sogar 60 Prozent) auf alle am Infarkt außerhalb der Klinik Verstorbenen im Vergleich zu allen Infarkttotalen.

Das Berliner Herzinfarktregister...

wurde auf Initiative von Kardiologen und Kliniken, der Ärztekammer Berlin und der Berliner TU gegründet. Die freiwillige Zusammenarbeit zum Thema Infarkttherapie mit dem Ziel der ständig steigenden Versorgungsqualität begann schon 1998. Der Verein „Berliner Herzinfarktregister e.V.“ wurde dann im Jahr 2000 eingetragen. Mitglieder können Institutionen wie auch Personen sein. Dem Register übermittelt werden Daten zur Klinikversorgung von Herzinfarktpatienten. Bis Ende 2010 waren dies Daten von mehr als 23.000 Patienten. Die so gewonnenen Erkenntnisse bilden nicht nur die Grundlage vieler Studien zur Versorgungsforschung, sondern werden auch direkt zur Verbesserung der Therapie genutzt. Denn jede Klinik bekommt als Rückmeldung einen 30-seitigen Bericht. Ihm kann sie entnehmen, wie sie im Vergleich mit den anderen Kliniken steht und wo sie noch Verbesserungsbedarf hat.

Die wissenschaftliche Koordinations- und Datenzentrale des BHIR befindet sich im Innovationszentrum Technologie für Gesundheit und Ernährung der TU Berlin. Die Leitung hat Dr. med. Birga Maier, MPH, Dipl.-Soz., Telefon: 030/314 76672 und 317 76808. www.herzinfarktregister.de

1. Die verschlossene Koronarie wird mittels Ballonkatheder wieder eröffnet (PCI – Percutaneous coronary intervention). Die medikamentöse Eröffnung dagegen, die (Thrombo-)Lyse, die zu Beginn der Register-Erfassung noch dominierte, wurde wegen des hohen Blutungsrisikos fast völlig verlassen. Die PCI ist also in Berlin heute die Regel. Ausnahmen gibt es bei Kontraindikation oder fehlender Zustimmung des Patienten.
2. Auch die zweite wichtige Leitlinienforderung wird laut Register fast überall erfüllt: die Entlassungs-Medikation mit Arzneimitteln aus vier Substanzgruppen: Thrombozytenaggregationshemmer, Betablocker, ACE-Hemmer bzw. Angiotensinrezeptorblocker und CSE-Hemmer (Statine). Allerdings stellte sich durch das Register heraus (und das betrifft die gesamte Infarkttherapie), dass Frauen und bejahrte Patienten weniger sorgfältig und intensiv behandelt wurden als die Leitlinien vorgeben. Dank der Registerdaten hat sich das inzwischen geändert.
3. Der dritte entscheidende Aspekt: Schnelligkeit. Es sollen höchstens zwei Stunden vom ersten Arztkontakt (und höchstens anderthalb Stunden von der Klinikaufnahme) bis zur Wiedereröffnung mit Ballonkatheter vergehen. Nummer 1 und 2 sind in den Berliner „Registerkliniken“ erreicht, Nummer 3 funktioniert leider noch nicht. Hier sind

nun hauptsächlich die Patienten und ihre Helfer am Zuge. Nicht weniger als (im Mittel) 7,6 Stunden vergehen, wenn der Patient erst über den Hausarzt in die Klinik kommt. Es ist klar erwiesen, dass die operative Wiedereröffnung die Sterblichkeit verringert, aber das muss schnell gehen!

Ein hohes Niveau der Infarktversorgung wurde in Berlin erreicht, aber: „Wir könnten noch besser werden, würden die Patienten das Rettungssystem früher alarmieren. Und auch in den Krankenhäusern könnten die Abläufe noch schneller werden“, sagte Birga Maier.

Detaillierte Vergleiche zwischen den Ergebnissen der einzelnen „Registerkliniken“ zieht regelmäßig der Biometriker des BIHR, Karl Wegscheider (Direktor des Hamburger Universitäts-Instituts für Biometrie und Epidemiologie). Er konnte feststellen: Die Kliniken sind gleichmäßig gut. Hat eine keinen Linkskathetermessplatz, weist sie den Infarktpatienten nötigenfalls einem Krankenhaus mit PCI-Möglichkeit zu. Auch das Gesamtniveau der stationären Infarktbehandlung ist heute in Berlin so hoch, dass man die Daten des Registers als repräsentativ bezeichnen kann.

Infarktpatienten werden hier also optimal versorgt. Als nächste Aufgaben nannte Birga Maier, neben der Senkung der Infarktsterblichkeit auch außerhalb der Kliniken, die Prävention.

Rosemarie Stein

Netzwerk CIRS-Berlin: Der aktuelle Fall

Das Netzwerk CIRS-Berlin ist ein Modell-Projekt in dem die Ärztekammer Berlin (ÄKB), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und ca. 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam neue Wege zur Patientensicherheit beschreiten wollen.

In einem gemeinsamen Berichtepool werden Meldungen über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden in anonymisierter Form aus stationären Berliner Einrichtungen gesammelt.

Entscheidend für den Erfolg sind die internen CIRS Systeme, die den Kliniken einerseits vollkommene Kontrolle über die anonym eingehenden Meldungen bieten, es andererseits ermöglichen, Fehlerquellen in den Häusern schnell zu beseitigen, so dass Gefahrenpotentiale für Patienten und Mitarbeiter minimiert werden, was wiederum für die meldenden Mitarbeiter zu einer hohen Akzeptanz des Projektes führt.

Zudem besteht eine große Wahrscheinlichkeit, dass die im Berichtepool veröffentlichten kritischen Ereignisse einen Lerneffekt erzielen, so dass diese in anderen Häusern vermieden werden können.

In den an der Ärztekammer Berlin angesiedelten, regelmäßig tagenden Gremien der Anwender des Netzwerkes werden gemeinsam mit der ÄKB und dem ÄZQ Strategien entwickelt, um bekannt gewordene Fehlerquellen zu beseitigen und die Sicherheitskultur in den Einrichtungen weiter zu entwickeln.

Der Bericht: Ein Fall FürSorge

Fachgebiet: Anästhesiologie

Was ist passiert?

Durch einen Auszubildenden wurde eine Spritze mit einem nicht-depolarisierenden Muskelrelaxans (Rocuronium) versehentlich mit einem Opioid-Klebchen (Sufentanil) versehen. Der opioidadaptierte Patient wurde nach Langzeitbeatmung im

OP vor Narkosebeginn – in der Annahme der Opiodtoleranz – vor Einleitung das vermeintliche Sufentanil appliziert (der Anästhesist hatte bereits mehrfach bei demselben Patienten Narkosen durchgeführt und vor Einleitung regelmäßig eine entsprechende Dosis Opiod an dem wachen Patienten appliziert). Erster Hinweis auf eine Verwechslung war der rapide O₂-sat-Abfall bei dem Patienten. Es erfolgte die sofortige Maskenbeatmung und Narkoseeinleitung mit Propofol, Rocuronium. Der O₂-sat-Abfall konnte sofort korrigiert werden. Erst nach genauerer Sichtung der Medikamente und Zählung der Opioid-Ampullen wurde die Verwechslung erkannt.

Was war das Ergebnis?

Patient nahm keinen Schaden.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Unerfahrenheit der/s Auszubildenden, evtl. zu frühes selbstständiges Aufziehen der Medikamente.

Generell böte sich evtl. an, beim Aufziehen von Medikamenten in Spritzen dem Applizierenden die entsprechende Ampulle zu zeigen bzw. dem Aufziehenden, wenn er Auszubildender ist, die Ampullen hinzu-

stellen und nicht darauf zu vertrauen, dass er das richtige Medikament nimmt. Dies ist im OP-Routinebetrieb sicher nur begrenzt praktikabel.

Welche Konsequenzen wurden durch die Verantwortlichen des Hauses gezogen?

Hinweis an Mitarbeiter, Auszubildende und Praktikanten bei der Arbeit am Patienten zu beaufsichtigen und anzuleiten und Ergebnisse zu überprüfen. Berücksichtigung des jeweils zutreffenden Tätigkeits- / Ausbildungskataloges. Das CIRS Team empfiehlt bei der Anleitung von Auszubildenden und Praktikanten, die aufgezogenen Ampullen an die Spritzen anzukleben und damit den Inhalt nachzuweisen.

Kommentare des Anwender-Forums

Wir würden uns freuen, wenn Sie als Leserinnen und Leser diesen Fall aus Ihrer Sicht kommentieren würden.

Bitte gehen Sie dazu auf die Homepage: <http://www.cirs-berlin.de> und klicken dort auf den Button „Berichten & Lernen“, um das Berichtssystem aufzurufen. Dort finden Sie unter dem Reiter „Fallberichte“ die gesamten Berichte des Netzwerkes CIRS-Berlin. Auf dieser Seite können sie dann den Bericht mit der Fallnummer 17589 aufrufen und kommentieren (Kommentarfunktion rechts oben). Ihr Kommentar wird dann automatisch – nach einer Überprüfung auf Anonymität durch das ÄZQ – eingestellt.

ANZEIGE

Gewalt in Partnerschaften und ärztliche Dokumentation körperlicher Verletzungen

Häusliche Gewalt in Partnerschaften, ihre gesundheitlichen Folgen und Möglichkeiten der Intervention finden in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung wachsende Aufmerksamkeit. Gewalt in bestehenden oder bereits aufgelösten Partnerschaften umfasst zumeist ein komplexes Muster physischer, sexualisierter und psychischer Gewalttaten sowie sozialer und ökonomischer Kontrollstrategien.

Von Karin Wieners, Hildegard Hellbernd, Dr. Lars Oesterhelweg

Für Berlin wies die polizeiliche Kriminalstatistik 2010 knapp 16.000 Einsätze aufgrund häuslicher Gewalt aus. 76,7% der Geschädigten waren Frauen. Registriert wurden u.a. 5 vollendete und 19 versuchte Tötungsdelikte, 130 Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, 1.416 schwere und 7.224 leichte Körperverletzungen. Täter und Opfer finden sich in allen sozialen Schichten, Altersgruppen und Kulturen. Deutschlandweit berichtet jede 4. Frau über mindestens eine körperliche oder sexuelle Gewalterfahrung durch einen Partner. Leben Kinder in der Familie, sind sie als direkte oder indirekte Zeugen stets mitbetroffen und werden in ihrem Wohl nachhaltig geschädigt. Bleiben Unterstützung und Hilfe der Betroffenen bei der Bewältigung der Gewalterfahrung aus, tragen sie ein deutlich erhöhtes Risiko im Erwachsenenalter selbst Opfer oder Täter häuslicher Gewalt zu werden.

Für die Intervention in der Gesundheitsversorgung haben sich in den vergangenen Jahren folgende Standards etabliert:

- das aktive Ansprechen möglicher Gewalterfahrungen im Rahmen der Anamnese
- das Gewährleisten von Sicherheit und Schutz für Betroffene und ihre Kinder
- Aufklärung und gezielte Vermittlung weiterführender Versorgungs- und Hilfsangebote. Sind Kinder mitbetroffen, sollte das Hinzuziehen einer im Kinderschutz kompetenten Fachkraft erwogen werden

- die rechtssichere ärztliche Dokumentation aller Befunde

Der letztgenannte Interventionsschritt steht im Mittelpunkt der weiteren Betrachtung.

„Nie hätte ich gedacht, dass mir diese Dokumentation einmal so helfen würde“, sagt die 32-jährige Ina P. (Name geändert), als sie den Gerichtssaal mit einer Schutzanordnung nach §1GewSchG verlässt. Ihr Ehemann hatte den Vorwurf körperlicher Misshandlungen bestritten. Direkte Zeugen für die Gewalttaten existierten nicht. Frau P.s Antrag wurde entsprochen, da sie detaillierte ärztliche Dokumentationen über Verletzungen, die sie in Folge zurückliegender Gewalttaten erlitten hatte, vorlegen konnte und diese als objektive Nachweise für ihre Aussage gewertet wurden.

Hintergrund einer rechtssicheren Befunddokumentation

Die rechtssichere ärztliche Befunddokumentation kann entscheidende Bedeutung für die rechtlichen Handlungsmöglichkeiten des Opfers, für seine Entlastung im Gerichtsverfahren und für die strafrechtliche Verfolgung der Taten haben.

Gewalt in Partnerschaften erfolgt zumeist hinter verschlossenen Türen. Außer den mitbetroffenen Kindern gibt es selten weitere direkte Zeuginnen/Zeugen für die

Taten. Zudem sprechen viele Betroffene mit niemandem über ihre Erfahrungen.

Derzeit wird die Mehrheit der aufgrund häuslicher Gewalt eingeleiteten Ermittlungsverfahren eingestellt. Mangelnde Beweise sind dafür ein wesentlicher Grund.

Ärzte, Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte sind oft die einzigen Außenstehenden, die im Rahmen einer Behandlung die körperlichen Folgen – Hämatome, Schürf- und Kratzwunden, Zerrungen, Knochenbrüche etc. – der Gewalt sehen.

Werden Verletzungen und Befunde rechtssicher dokumentiert, kann die Dokumentation vom Opfer direkt oder zu einem späteren Zeitpunkt genutzt werden, z.B. wenn rechtliche Schritte gegen den Täter eingeleitet werden, oder wenn nach einer Trennung Fragen des Umgangs- und Sorgerechts, des Aufenthaltsrechts o.ä. zu klären sind.

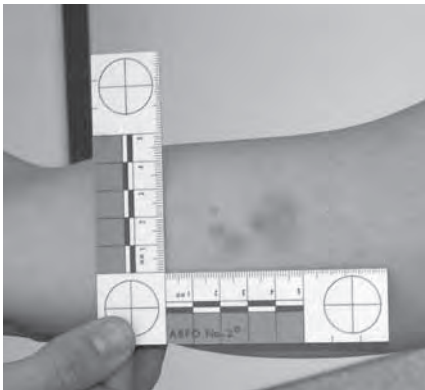
Was zeichnet eine rechtssichere Dokumentation aus?

Eine rechtssichere Befunddokumentation wird für einen anderen Zweck erstellt als die reguläre ärztliche Dokumentation. Ihr Ziel ist es, Dritten (in der Regel Juristen) einen Eindruck der Verletzungen zu vermitteln, aufgrund derer die Patientin/der Patient behandelt wurde. Die Dokumentation muss auch Grundlage für ein Sachverständigengutachten sein können, in dem zu klären ist, ob die Verletzungen auf Gewalthandlungen zurückgeführt werden können. Eine Dokumentation, die für gerichtliche Zwecke geeignet sein soll, muss vor allem aussagekräftig, nachvollziehbar und auch für Nicht-Mediziner verständlich verfasst sein. Wesentliche Aspekte sind:

- das Einhalten formaler Rahmenbedingungen: Nennung von Ort, Datum und Uhrzeit, patientinnenbezogenen Daten, Name des Arztes/der Ärztin, assistierender Mitarbeiter/-innen und weiterer anwesender Personen (z.B. Sprachmittler).
- Objektivität und Neutralität der Darstellung. Im Mittelpunkt der Dokumen-

tation stehen die Befundbeschreibung, eingeleitete Untersuchungen und weiterführende Maßnahmen. Auf eine Diagnosestellung kann und sollte verzichtet werden. Die Prüfung, ob Verletzungen auf die geschilderten Gewalterfahrungen zurückgeführt werden können, sollte dem Gericht bzw. rechtsmedizinischen Sachverständigen überlassen bleiben.

- eine vollständige und detaillierte Beschreibung aller Befunde unter Nutzung eines Körperschemas. Zu berücksichtigen sind auch Verletzungen, die nicht behandlungsbedürftig sind sowie Spuren zurückliegender Verletzungen. Die Dokumentation sollte deskriptiv sein und Lage, Größe, Form (auch Wundränder, o.ä.) sowie Farbe der Läsion enthalten. Erst hiernach sollte die Art der Verletzung angegeben werden.
- Ergänzend sind Detail- und Übersichtsfotos empfehlenswert („Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte“). Zu beachten ist eine gute Ausleuchtung, der Einsatz eines Größenmaßstabs und die Kennzeichnung jedes Fotos mit Datum, Patientendaten und Lage der Verletzung. Wird eine Digitalkamera genutzt, sollte die Übereinstimmung zwischen eingestellter Systemuhrzeit und Echtzeit kontrolliert werden. Die Archivierung der Fotos erfolgt üblicherweise auf



© Dr. L. Oesterhelweg, Institut für Rechtsmedizin, Berlin

dem Computer oder auf CD. Werden Fotos ausgedruckt, ist auf eine gute Druckqualität – z.B. Drucker mit Pigmenttusche – zu achten.

Sehr zu empfehlen ist der Einsatz eines speziellen Dokumentationsvordrucks für Fälle häuslicher Gewalt. Er unterstützt und entlastet bei der systematischen Erfassung aller relevanten Angaben.

Opferzentriertes Vorgehen bei Untersuchung und Dokumentation

Betroffene werden durch Gewalt in Partnerschaften in ihrem Selbstbestimmungsrecht und in ihren Kontroll- und Handlungsüberzeugungen verletzt und verunsichert. Sie befinden sich oft bereits über längere Zeit hinweg in einer gewaltvollen Lebenssituation. Belastungen und Verletzungen haben nicht selten bereits in der Kindheit begonnen, sind „chronisch“ und prägen den normalen Alltag. Eine achtsame opferzentrierte Vorgehensweise kann den Erfahrungen von Fremdbestimmung, Kontrollverlust und Ohnmacht entgegenwirken und dazu beitragen, die Patienten sukzessive in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu stärken. Im Untersuchungsprozess bedeutet dies:

- Sinn und Ablauf der Untersuchung und Dokumentation in Ruhe erläutern und über Schweigepflicht, eine mögliche Schweigepflichtentbindung, die Aufbewahrung der Dokumentation und Wege der Anforderung durch die Patienten aufklären.
- Einverständnis der Patienten einholen für die Dokumentation und – gesondert – für die Erstellung von Fotos.
- Die Patienten bestärken, Fragen zu stellen und mitzuteilen, wenn Untersuchung und Dokumentation unterbrochen werden sollen. Achtsam sein für verbale und nonverbale Reaktionen der Patienten. Pausen ermöglichen.
- Untersuchung und Dokumentation Schritt für Schritt vornehmen. Darauf achten, dass jeweils nur ein Teil des Körpers entkleidet wird (Scham).
- Mit konkreten Fragen durch die Untersuchung leiten („gab es etwas, wodurch Sie am Kopf verletzt wurden / im Gesicht.... / am Hals / an den Armen / am Oberkörper / etc.“)

Die Evaluation zum Gewaltschutzgesetz (Rupp 2005) zeigte u.a., dass der ärztlichen Befunddokumentation im Gerichtsverfahren höhere Bedeutung beigemessen wird als Polizeiakten oder einer eidesstattlichen Erklärung des Opfers. Die neutrale Rolle des Arztes außerhalb der Ermittlungsorgane kann zu einer Entlastung und Stärkung des Opfers beitragen.

Materialien zur rechtssicheren Dokumentation

In vielen Bundesländern liegen Materialien zur rechtssicheren Dokumentation bei häuslicher Gewalt vor, darunter Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Empfehlungen rechtsmedizinischer Institute, Dokumentationsvordrucke für häusliche und für sexualisierte Gewalt sowie für die zahnärztliche Versorgung.

In Berlin befasst sich seit Ende 2009 eine interdisziplinäre Fachgruppe aus Vertreter/-innen des Instituts für Rechtsmedizin, von Rettungsstellen, Arztpraxen, psychosozialen Unterstützungseinrichtungen, des LKA, der Polizei sowie Juristinnen mit Fragen der rechtssicheren Dokumentation nach häuslicher Gewalt. Folgende Materialien liegen vor:

S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen zur häuslicher Gewalt

Angaben zur Patientin / zum Patienten <small>(Nicht für Vernehmungsprotokolle verwenden!)</small>	Angaben zur Untersuchung
Name: _____	Name Arzt / Arztin: _____
Geburtsdatum: _____	Ort der Untersuchung: _____
Adresse: _____	Begleit die Untersuchung: _____
Telefon: _____	Datum: _____ Uhrzeit: _____
Im Besitz von: _____	
Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Dolmetscherin, Name: _____	
Bewusstseinslage bei der Untersuchung: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	
Einverständnisklärung Hiermit erkläre ich, dass die heutige Untersuchung und Dokumentation mit meinem Einverständnis erfolgt. Diese Einverständnisklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht. Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____	
<small>Begegnen Sie für eine angelegte Diagnostik- und Untersuchungsprotokolle und diese sind mit einem Patienten-Passwort versehen sind. Wenden Sie sich an Angaben der Patientin/Patienten entsprechend nach. Sollten Sie vor dem Weiterdrehen des Patienten-Passwortes über Angaben zum Ereignis</small>	
Angaben zum Ereignis <small>Nach Vorlegung des Gesundheitsliche Überleitgen + Grundlage für die Untersuchung, keine Angaben!</small>	
Ort des Ereignisses: _____	<input type="checkbox"/> Unversuchter unbekannt Anzahl: _____
Datum: _____	<input type="checkbox"/> Unversuchter bekannt Anzahl: _____
(Gingeltäter) Zeitpunkt/Zeitraum: _____	Yes
Art der Gewalterwirkung/Gewaltverletzung: _____	
Wurden Tatmittel benutzt? (Sprengstoff, etc.): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe	
Wurde seitens d. Geschädigten Widerstand geleistet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe	
Fand Gewaltverletzung gegen den Hals statt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe	
<input type="checkbox"/> Bewusstlosheit / Bewusstlosungen (27 + Körperverletzung)	
<input type="checkbox"/> Aus / Wärmestörung	
<input type="checkbox"/> Respirationsschwäche	
<input type="checkbox"/> Schwindel	
<input type="checkbox"/> Ohn- und Schwindel	
<input type="checkbox"/> Schwere Brustschmerzen, Brustschmerzen	
<input type="checkbox"/> Herzklopfen	
Wurde vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen oder Medikamenten eingenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe	
Handelt es sich um einen Wiederholungsfall? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe	

- S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt
- Empfehlungen für die rechtssichere Dokumentation
- Aufklärungsmaterialien für Betroffene

Alle Unterlagen sind über die Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. oder über die Homepage – www.signal-intervention.de – erhältlich.

Die **nächste Fortbildung** zur rechtssicheren Dokumentation findet im Rahmen der S.I.G.N.A.L. Basisfortbildung „Wenn Partnerschaft verletzt wird – Kompetent (be-)handeln bei häuslicher Gewalt“ in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin am 5. und 9. Mai 2012 statt.

Weitere Informationen erhalten Sie über die Autoren/-innen.

Literatur bei den Autoren/-innen

Autorenkontakt:

Karin Wieners, Hilde Hellbernd,
Lars Oesterhelweg
S.I.G.N.A.L. e.V.
Koordinierungsstelle
Sprengelstr.15
13353 Berlin
Telefon: 030 – 275 95 353,
E-Mail: wieners@signal-intervention.de
Internet: www.signal-intervention.de

In Gedenken an Werner Greve

Am 13. Oktober 2011 ist Prof. Dr. med. Werner Greve im Alter von 83 Jahren nach längerer schwerer Krankheit verstorben. Bis zu seinem Tod war er geistig präsent, hellwach und, wie stets, schlagfertig. Fast ein Vierteljahrhundert, von 1970 – 1994, leitete Prof. Werner Greve als Chefarzt die psychiatrische Abteilung der damals neu gegründeten Schlosspark-Klinik in Berlin-Charlottenburg. Hier bekam er die Möglichkeit, eine psychiatrische Abteilung nach seinen Vorstellungen aufzubauen. Es gab nicht viele Vorbilder, denn eine psychiatrische Abteilung an einem Klinikum mit chirurgischen, internistischen, neurologischen und augenheilkundlichen Fachdisziplinen war ein Novum. Noch gab es in Berlin die fernab gelegenen und sich isolierenden, psychiatrischen Großkrankenhäuser.

Prof. Dr. Werner Greve wurde am 21.07.1928 in Essen/Ruhrgebiet geboren und wuchs später in Duisburg auf. Als der Krieg begann, war er 11 Jahre alt. Nach dem Besuch eines Sonderlehrgangs konnte Werner Greve am humanistischen Gymnasium in Duisburg 1947 das Abitur ablegen und, bevor er sein Medizinstudium 1949 aufnahm, war er zunächst als Krankenpfleger, auch als Hafendarbeiter tätig, um das notwendige Studiengeld zu verdienen.

Während des Medizinstudiums an der Universität Köln interessierten ihn früh psychologische Fragen, was sich im

Thema seiner Dissertation „Anteil von Anlage und Umwelt bei verwahrlosten jungen Mädchen“ spiegelte. Seine Assistenzarztzeit begann er an einer chirurgisch-geburtshilflichen Abteilung in Duisburg, um 1956 den Sprung nach Freiburg an die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität zu wagen. Die psychiatrische Klinik war geprägt durch den einfühlsamen und liberalen Hanns Ruffin, der psychotherapeutischen Gedanken gegenüber abgeschlossen war. Ruffin stand der Schule der medizinischen Anthropologie des Heidelberger Neurologen und Internisten Viktor von Weizsäcker nahe.

Als Ruffins Oberarzt Albert Derwort 1963 den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität Gießen übernahm, folgte ihm Greve als Oberarzt und habilitierte sich in Gießen mit dem Thema „Psychiatrische Folgen nach Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation“. Dieses Thema hat ihn auch in Berlin nicht losgelassen, und er supervidierte über viele Jahre Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes der Universitätsfrauenklinik.

Ein zweites wissenschaftliches Thema beschäftigte Greve zeitlebens. In der Freiburger Universitätsklinik war er Holocaust-Überlebenden begegnet mit dem Auftrag, über sie Gutachten anzufertigen. Die seelischen Folgen der Verfolgung waren damals ein umkämpftes Thema im psychiatrischen Fach, und der Durchbruch gelang erst mit den



Arbeiten von Venzlaff und der Heidelberger Gruppe um von Baeyer, Häfner, und Kisker. Greves erste Arbeit zu diesem Thema datiert aus dem Jahre 1963. Um dem gutachterlichen und therapeutischen Umgang mit Holocaust-Überlebenden gerecht zu werden, fordert Greve einen „Methodenwandel in der Diagnostik und Therapie“. Die Konzepte der klassischen Neuropsychiatrie seien unzureichend.

Mit Werner Greve hat die Berliner Ärzteschaft einen Psychiater und Psychotherapeuten verloren, für den nicht die Wissenschaft und die öffentliche Geltung im Mittelpunkt seines Denkens und Fühlens standen, sondern die ihm anvertrauten Patienten. Für alle, die mit ihm zusammen arbeiten durften, war er Vorbild. Das, was er sagte, lebte er in einer Gradlinigkeit und Treue, die damals wie heute selten sind.

Prof. Dr. med. Hans Stoffels

Keine Gewalt!

Ein neues Jahr – ein neues Kind! Das wurde nicht immer so freudig begrüßt wie die heutigen Wunschkinder. Manche „dummelte“ man zum Beispiel, andere „himmelte“ man. Was das heißt, erklärt uns Friedrich Manz. Im Ruhestand nutzte der Pädiatrieprofessor die Muße, sich einem Kapitel der Kulturgeschichte zu widmen, das für Ärzte wie Eltern zeitweise nicht gerade ein Ruhmesblatt war: dem Umgang mit Säuglingen.

Nun zum „Dummeln“. Unbewusst schädigten viele Ärzte Säuglinge, indem sie noch um 1900 bei Hitze Whisky oder Cognac zur Durchfallprophylaxe empfahlen. Als die Pädiater darüber stritten, „wusste das Volk längst Bescheid über die verheerende Wirkung von Alkohol bei Säuglingen und handelte danach“, schreibt Manz. In der Schwäbischen Alb wurde der Landbesitz den Söhnen anteilig vererbt. Um weitere Zerstückelung zu verhindern, wurden bis in die frühe Neuzeit überzählige Söhne „gedummelt“ – mit Alkohol. Die geistig Behinderten konnten später keine Erbensprüche stellen. Und „Himmeln“? Das war das langsame Verhungern lassen oder absichtlich tödliche Vernachlässigung.

Manz hat einen wohl einmaligen dickleibigen, sehr fakten- und reflexionsreichen Band über 300 Jahre Umgang mit Säuglingen verfasst. Da ist sehr viel Wissenschaft drin (mit Literaturverzeichnis, Personen- und Schlagwortregister), aber auch viel Selbsterlebtes mit Kindern, Enkeln und kleinen Patienten. Schon der Titel „Wenn Babys reden könnten!“ zeigt, dass zur Zielgruppe neben Experten auch Eltern gehören.

Die Experten haben sich über den unorthodoxen Hochschullehrer geärgert, als er gegen mancherlei Widerstände 1997 ein Plädoyer für das Stillen nach Bedarf veröffentlichte. Da war das Stillen nach der Uhr das Dogma, seit Adalbert Czerny. Der Pädiatriepapst argumentierte nicht nur medizinisch, sondern auch pädagogisch-moralisch für die strikte Einhaltung der Stillzeiten mit nächtlicher Pause: „Die ers-

te Erziehung zur Beherrschung der Triebe.“ – „Die deutsche These“ nannte man im Ausland das Stillen nach Schema. Es hat sich nicht bewährt und hielt sich doch bis vor kurzem, zum Glück nicht bei allen Müttern.

Dann löste sich das Dogma einfach auf – wie einst die festen Bänder ums Wickelkind. Zu dessen Fesselung – mit Armen vier Monate, ohne Arme ein Jahr – meinte



„Das kleine Ungeheuer“

ein Arzt im 17. Jahrhundert: „Es muss so wohl und gerade gewickelt werden, denn sonst möchte es wohl hernach auf vier Füßen gehen wie das Vieh...“ Mehrfach gefesselt, nur ohne sichtbare Bänder, wurden die Winzlinge auch später, vor allem von 1860/70 an; bis die Forschung den Säugling wieder als „spontanes, kreatives und eigenaktives Subjekt“ entdeckte.

Ist die Babybefreiungsbewegung nun am Ziel? Manz geht es darum, die vielfache Disziplinierung und Dressur des Säuglings im kulturhistorischen Kontext bewusst zu machen und Gewalt gegen die Kleinsten, Schutzbedürftigsten verhindern zu helfen. Er spottet über den „Sauberekeitsfimmel“ mit „Abhalten“ schon in den ersten Monaten. Er zitiert eine britische Puritanerin, die kräftiges Schreien für einen Ausdruck sittlicher Gefährdung hielt: „Brich den Willen des Kindes, bevor es alleine gehen und sprechen kann...“, wenn du dein Kind nicht der Verdammnis ausliefern möchtest. Das einjährige Kind soll lernen, die

Rute zu fürchten und Leise zu weinen...“ Der deutsche Kinderarzt Philipp Biedert (1847-1916) empfahl, „das kleine Ungeheuer“, wenn es keine „berechtigten Beschwerden“ habe, ruhig schreien zu lassen, denn dann müsse man „die Erbsünde des Eigensinns“ annehmen.

Und dann die Züchtigung! Der österreichische Hochschulpädiater Franz Hamburger, ein bekennender Nationalsozialist, schrieb noch 1952, wie man ein Kind schon in den ersten zwei Jahren zum „Verbotsgeworben“ bringt: Er erwog eine Nadel und ein

elektrischen „Erziehungsstab“, außer natürlich Schlägen. Aber: „Die Mutter gebe die Schläge lieber nicht, denn sie schlägt gewöhnlich nicht kräftig genug.“

Seit dem gesetzlichen Verbot von 2000 dürfen auch Eltern ihre Kinder nicht mehr schlagen. Aber, so Manz, „die Eltern, die ihre Kinder gewaltfrei erziehen, sind immer noch in der

Minderheit“. Und was ist mit den Ärzten? Der Säugling kennt keinen Schmerz, glaubten sie noch vor kurzem und operierten Kinder und Säuglinge teilweise bis in die 80-er Jahre des 20. Jahrhunderts ohne Schmerztherapie. „Dies ist einer der großen Skandale in der Geschichte der Medizin“, urteilt Manz.

Seinem faszinierend facettenreichen Text, den die Fördergesellschaft des lange von ihm geleiteten Forschungsinstituts für Kinderernährung publizierte, wäre eine von Lektorhand geordnete und gestraffte Neuausgabe im richtigen Verlag zu wünschen – auf dass er viele Leser finde.

Rosemarie Stein

Friedrich Manz: „Wenn Babys reden könnten! Was wir aus drei Jahrhunderten Säuglingspflege lernen können.“ Fördergesellschaft Kinderernährung e.V., Dortmund 2011. 670 S. mit Abb., 29,80 Euro. ISBN 978-3-941451-36

BERLINER  ÄRZTE

1/2012 49. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Pötter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Dr. med. Kilian Tegethoff
Julian Veelken
Dr. med. Elmar Wille

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild: Sehstern
S. 5 + 14, Foto Valua Vitaly-fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Grüner-Straße 62, 04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: mb@l-va.de
Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Brühlsche Universitäts-
druckerei GmbH & Co KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 79,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 53,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 79,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,45 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2012 vom 01.01.2012.

ISSN: 0939-5784