

BERLINER ÄRZTE

01/2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

LeaDrship

Ärztliche Führung

BERLINER ÄRZTE

1/2013 50. 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 Piotter (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 unter Verwendung von
Foto istock.com@Skynesher
S. 14 und s. 23, Foto istock.com@Skynesher

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-Gruner-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 Universitätsdruckerei 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 € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784

Leadership

...ist der Schwerpunkt dieser Ausgabe und Leadership heißt, wissen, wo es sinnvollerweise lang geht und sich dann auf den Weg machen.

2013 ist Wahljahr. Ein neuer Bundestag wird gewählt und damit eine neue (?) Regierung. In der ablaufenden Periode ist ein sympathischer Kollege als Minister angetreten mit den Worten, „wenn es einfach wäre, könnten es ja auch die anderen“. Er war dann der erste Gesundheitsminister, der vorzeitig die Segel gestrichen hat, weil man angeblich mit Gesundheitspolitik nicht punkten kann. Schade. Bislang habe ich noch keinen Vertreter einer verantwortungsbewussten Partei erlebt, der sich darauf freut, nach den Wahlen die Verantwortung für diesen Bereich zu übernehmen. Schauen mal.

Was erleben wir? Wir erleben eine Politik, die jahrzehntelang Kostendämpfung betrieben hat, durchsetzt von einigen, mangelhaft durchdachten Ad-hoc-Gesetzen wie zu Hygiene, Gendiagnostik und Patientenrechten. Dies könnte u. a. daran liegen, dass „Führung“ im Gesundheitswesen nicht ausreichend definiert ist. Laut Grundgesetz liegt die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung bei den Ländern, die wesentlichen Steuerungsinstrumente liegen beim Bund. Dort werden die Gesetze zu KV und GKV gemacht und das Geld der Versicherten zugeteilt. So etwas funktioniert nicht. Hier ist der



Foto: K. Friedrich

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

Gesetzgeber in der Pflicht. Solange er sich vornehm zurückhält, müssen wir z. B. Krankenkassen anhören, die beklaugen, dass eine Mengenausweitung im Krankenhaus stattgefunden hat. Das ist dumm oder perfide, denn es waren die Kassen, die unbedingt flächendeckend DRGs und „Markt“ und „Wettbewerb“ haben wollten. Jetzt wo er da ist, will man damit nichts zu tun haben. Auch ein Zeichen von politischer Verantwortungslosigkeit.

Wir machen das anders. Als klar war, dass durch neue finanzielle Spielregeln und einen immensen Spardruck die Qualität der Patientenversorgung zentimeterweise schlechter wird, haben wir von Berlin aus das Thema „Patientensicherheit“ auf die Agenda genommen. Als ein Ergebnis des Berliner Gesundheitspreises 2002 gibt es in Deutschland ein flächendeckendes Fehlerlernsystem, www.cirsmedical.de, und zahlreiche regionale Aktivitäten wie z. B. in Berlin, www.cirs-berlin.de. Im Ergebnis aller bis dato eingeführten Verfahren und Institutionen ist Deutschland im europäischen Vergleich in der Spitzengruppe. Ein großer politischer Erfolg, aber kein ausreichendes „Gegengift“ gegen die Kommerzialisierung unseres Gesundheitswesens. Es ist aber ein Weg, dem zu entgegnen. Aktiv gestalten ist besser, als verteidigen oder klagen.

2013 wird auch der neue Lenkungsausschuss nach §90a SGB V seine Arbeit

aufnehmen. Ein neues Dachgremium mit den Verantwortlichen für Gesundheit in unserer Stadt. Er darf Empfehlungen zur sektorübergreifenden Versorgung und zur Bedarfsplanung abgeben. Wenn es funktioniert, wäre hier das Prinzip der „gemeinsamen Verantwortung“ zumindest gebahnt. Die Ärztekammer ist mit Sitz und Stimme in diesem Gremium, nicht nur zur Freude aller bisher Beteiligten.

Als Standesvertretung mischt sich die Ärztekammer gerne weiterhin aktiv mit dem ärztlichen Ver-Stand ein. Zugunsten einer besseren Patientenversorgung und an allen Stellen, die sich uns bieten. Die „große“ Politik ändern wir dadurch noch lange nicht. Aber stetige, auch unbequeme Führung von unten zeitigt auch Erfolge. Das wissen wir in Berlin vielleicht besser als andernorts.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen, auch im Namen des gesamten Vorstandes und der Geschäftsführung, ein gutes, glückliches, erfolgreiches und gesundes neues Jahr!

Ihr

Gewalt in der Partnerschaft: Rechtssichere Dokumentation

Die Polizei zählt in Berlin jährlich etwa 16.000 Einsätze aufgrund häuslicher Gewalt. Häufig führen die Taten zu Hämatomen, Prellungen, zu Verbrennungen bis hin zu Knochenbrüchen. Auch sexuelle Gewalt fällt hierunter. Viele Betroffene suchen unmittelbar oder kurz nach der Gewalttat eine Arztpraxis oder Rettungsstelle auf. Es ist wichtig, dass sie dort neben der medizinischen Versorgung Informationen über Handlungsmöglichkeiten und eine rechtssichere ärztliche Dokumentation der Verletzungen erhalten. Diesen und weiteren Aspekten widmete sich am 14. November 2012 eine knapp dreistündige abendliche Fortbildungsveranstaltung in der Ärztekammer Berlin. Die Kooperationspartner S.I.G.N.A.L. e.V., das Institut für Rechtsmedizin der Charité und die Ärztekammer Berlin hatten Experten verschiedener Disziplinen und Professionen – Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Rechtsmedizin, Kriminalpolizei, Kriminaltechnik, Sozialarbeit und Anwaltschaft – zu Fachvorträgen mit anschließendem Podiumsgespräch eingeladen.

Dr. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin und Facharzt für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin, begrüßte im voll besetzten Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin rund 85 Gäste und führte in das Veranstaltungsthema ein. Die Ärztekammer Berlin hat die Auseinandersetzung mit den Themen der häuslichen Gewalt und Kindesmisshandlung und -vernachlässigung durch

Vorstandsbeschluss bereits 2011 zu einer Regelaufgabe in der ärztlichen Fortbildung erklärt und füllt damit unter anderem Artikel III des Berliner Kinderschutzgesetzes mit Leben – der Artikel drückt die Verantwortung aller Ärzte Berlins aus, sich nachhaltig gegen häusliche Gewalt und jegliche Form der Kindeswohlgefährdung aktiv einzusetzen. Die Dokumentation erlittener Verletzungen kann in einem späteren Gerichtsver-

fahren ein bedeutsamer Beweis für die erlebte Gewalt sein. Die objektiven Befunde stärken das Opfer in der Beweisführung und entlasten es emotional. Insoweit ging der Veranstaltungsabschnitt „Wie schreib ich's auf, wo leg ich's ab?“ auf die Anforderungen an die rechtssichere Dokumentation ein und zeigte zugleich realistisch handhabbare Möglichkeiten im Gefolge häuslicher und sexueller Gewalt auf (z.B. Nutzung eines gesonderten Untersuchungsbogens, abrufbar unter www.signal-intervention.de; Verwendung eines spezifischen Untersuchungskits bei Hinweisen auf sexuelle Gewalt etc.). Für die Urteilsfindung des Gerichts spielt aber ebenso die direkte Aussage der den Befund erhebenden Ärztin bzw. des Arztes eine wichtige Rolle. Einen eigenen Schwerpunkt der Veranstaltung bildete daher die geeignete Vorbereitung auf eine Aussage vor Gericht: Dabei beleuchteten die hoch motivierten Referenten nicht nur aus dem Blickwinkel ihrer jeweiligen Profession Rechte und Pflichten vor Gericht, sondern gingen im Austausch mit dem Publikum auch auf Aspekte der ganz persönlichen, „mentalenen“ Einstimmung auf eine Stellungnahme vor Gericht ein.

Abt. 2, Fortbildung/Qualitätssicherung ÄKB

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen. Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 16.03.2013 (10-16 Uhr) sowie am 20.03.2013 (18:30-20:30 Uhr) in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“.

Eine Anmeldung ist erforderlich. Anmeldeverfahren: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungs- und Interventionsstelle Hilde Hellbernd, MPH; Karin Wieners, MPH; E-Mail: wieners@signal-intervention.de

Die Basis-Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten (16.03.2013) bzw. mit 3 Fortbildungspunkten (20.03.2013) der Ärztekammer Berlin anerkannt.



TITELTHEMA

LeaDrship



Ärztliche Führung.....14

Ärztliches Führen heute

Von Peter Berchtold und
Christof Schmitz15

Führen und führen lassen

Von Wolfgang Scholl17

„Es wird viel Aktivität gefordert“

Interview mit Bettina Steinmüller.....21

Paul-Gerhardt-Diakonie: High-Potential-Förderung

Von Veronika Drews-Galle.....22

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

.....23

EDITORIAL.....

Leadership

Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Muskelschmerz nach
Malaysiareise**

Informationen des Instituts für
Tropenmedizin11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK

Patientenrechte im Gesetz – Teil 1

Das Wichtigste über das Patientenrechte-
gesetz in einer dreiteiligen Beitragserie
Von Martina Jaklin.....30

**Unklare Patientenidentität und
ärztliche Schweigepflicht**

Rechtliche Grundlagen in einer
Konfliktsituation
Von Katrin Börchers.....35

Arzneistoffe neu bewertet

Von Conny Becker.....37

FORTBILDUNG.....

**Gewalt in der Partnerschaft –
Rechtssichere Dokumentation**

.....4

Sicherer verordnen.....10

**Der Veranstaltungskalender
der Ärztekammer Berlin**..... 24

**1. Unabhängiger ÄKB-
Fortbildungskongress wird
voller Erfolg**

Von Eugenie Wulfert.....26

BUCHBESPRECHUNGEN....

**Eric Kandel: Das Zeitalter der
Erkenntnis**.....38

FEUILLETON.....

„Lohengrin popelt!“

Von Rosemarie Stein39

Ernährung und Bewegung bei Diabetes



Diabetes mellitus ist eine häufig vorkommende Erkrankung, etwa acht von 100 Erwachsenen in Deutschland sind davon betroffen. Lang anhaltende hohe Blutzuckerwerte können zu Schäden an Gefäßen und Nerven führen und so verschiedene Organe wie Herz, Gehirn, Augen, Nieren und Füße schwer beeinträchtigen.

Doch viele Betroffene können ihren Diabetes gut in den Griff bekommen. Dabei werden als Grundlage jeder erfolgreichen Behandlung eines Typ-2-Diabetes

sogenannte nichtmedikamentöse Maßnahmen empfohlen. Denn mit ihrem Lebensstil tragen Patienten viel zum Gelingen einer Therapie bei. In strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen können Menschen mit Diabetes lernen, sich ausgewogen zu ernähren und erfahren, wie wichtig regelmäßige körperliche Aktivität ist.

Auf zwei Seiten informiert deshalb die neu erschienene Kurzinformation „Typ-2-Diabetes – Was kann ich selbst für mich tun?“ über die Rolle einer gesunden Ernährung

und regelmäßiger Bewegung bei Diabetes. Patienten finden hier wichtige Fakten und praktische Tipps. Denn das Wichtigste können und sollten die Betroffenen selbst tun: bewusst und gesund leben. Verweise auf weiterführende Information und Kontakthinweise zur Selbsthilfe runden das Informationsblatt ab.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) entwickelt im Auftrag von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) Kurzinformatio- nen für Patienten. Diese stehen allen niedergelassenen Ärzten zum Ausdrucken kostenlos zur Verfügung, um sie bei Bedarf Patienten persönlich auszuhändigen.

Zu ausgewählten Themen liegen Übersetzungen in Arabisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Russisch und Türkisch vor.

Die Kurzinformation „Ernährung und Bewegung bei Diabetes“ sowie Informationen zu mehr als 20 weiteren Themen können abgerufen werden unter:

• [Arztbibliothek.de/Kurzinformatio- nen für Patienten](http://www.arztbibliothek.de/Kurzinformatio- nen-fuer-patienten)
[http://www.arztbibliothek.de/ kurzinformatio-patienten/](http://www.arztbibliothek.de/kurzinformatio-patienten/)
[kurzinformatio-fuer-patienten](http://www.arztbibliothek.de/kurzinformatio-fuer-patienten)

• [Patienten-Information.de/](http://www.patienten- information.de/)
Kurzinformatio- nen für Patienten
<http://www.patienten- information.de/ kurzinformatio-fuer-patienten>

DEGAM-Leitlinien jetzt frei im Netz!

Die hilfreichen Handlungs- empfehlungen der Deut- schen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) sind berühmt, teils sogar preisgekrönt, weil sie evi- denzbasiert und praxisnah zugleich sind. Sie entstehen ohne sach- fremde Einflüsse, was man leider nicht von allen anderen Leitlinien sagen kann. Und sie richten sich nicht nur an den Hausarzt, sondern ans ganze Praxis- team und auch an die Patienten, mit einer auf sie zugeschnittenen Fassung.

Eine Kurzversion für die ärztliche Kitteltasche gehört immer dazu. Stets geht es um häufige Probleme der Grundversorgung, nicht nur Befindungsstörungen wie Müdigkeit oder Kreuz- schmerz und chronische leiden wie Herzinsuffizienz, sondern zum Beispiel auch „Pflegerische Angehörige“ oder „Ältere Sturzpatienten“.

Jede Leitlinie durchläuft vor der Publikation einen mehr- stufigen Praxistest. Jetzt kann man sie alle kostenlos herunterladen und aus- drucken:
<http://leitlinien.degam.de>

R. Stein

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Jüdisches Krankenhaus Berlin

Seit Dezember 2012 ist Dr. Germain E. Renouard Chefarzt der Klinik für

Orthopädie, Unfallchirurgie und Viszeralchirurgie sowie Leiter der Chirurgischen Intensivmedizin. Zuvor war Dr. Renouard Chefarzt im Dominikus-Krankenhaus in Berlin Reinickendorf. Sein Vorgänger, Dr. Christian Geiger, wechselte an eine andere Klinik.

Universitätsklinikum Charité – Campus Benjamin Franklin

Bereits seit Oktober ist Prof. Dr. Martin E. Kreis neuer Direktor der Chirurgischen Klinik I – Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie. Er folgt Prof. Dr. Heinz J. Buhr, der emeritiert ist. Von 2004 bis 2012 war Prof. Kreis Oberarzt und Bereichsleiter „Colo-rektale-Chirurgie“ der Chirurgischen Klinik des Klinikums Großhadern der Ludwig-Maximilians Universität München. 2009 übernahm er die Leitung des dortigen Darmzentrums.

Prof. Martin Zeitz, ehemaliger Direktor der Medizinischen Klinik für Gastroenterologie, Infektiologie und Rheumatologie (einschl. Arbeitsbereich Ernährungsmedizin), wechselte als Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender an das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Kommissarische Nachfolger von Prof. Zeitz sind zurzeit Univ.-Prof. Dr. Britta Siegmund und Univ.-Prof. Bertram Wiedemann.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel. 40 80 6-4100/-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Aus der Praxis

Krankenversicherung der UNO-Mitarbeiter

Die Bundesärztekammer informiert darüber, dass der Tochter einer Mitarbeiterin der Vereinten Nationen eine ambulante Behandlung verwehrt wurde, da deren Krankenversicherung in der Arztpraxis offenbar nicht bekannt war. Zur Vermeidung vergleichbarer Situationen gibt das Auswärtige Amt die wichtigsten zentralen Krankenversicherungen der Organisation der Vereinten Nationen bekannt. Bei den zentralen Krankenversicherungen handelt es sich um:

UNSMIS, Genf (United Nations Staff Mutual Insurance Society)
Palais des Nations
8-14, avenue de la Paix
1211 Geneva 10
Internet: www.unog.ch
E-Mail: unsmis@unog.ch
Tel. +41 22 917 20 19

Vanbreda International, Belgien
Plantin en Moretuslei 299
2140 Antwerpen, Belgium
Internet: www.vanbreda-international.com
E-Mail: gp1@vanbreda.de
Tel.: +32 3 217 57 30

Die Leistungsabrechnung erfolgt als Privatabrechnung über die Versicherten.

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 Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 08.03.2013 stattfindet.

TERMIN:

Freitag, 08.03.2013,
14.00 - 21.00 Uhr
Samstag, 09.03.2013,
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

ANZEIGEN

Arzneimittel

Tilidinhaltige Arzneimittel BtM-Rezeptpflichtig

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weist darauf hin, dass alle Tilidin-/Naloxonhaltigen Arzneimittel mit schneller Wirkstofffreisetzung ab 2013 nur noch auf einem Betäubungsmittelrezept verordnet werden können.

Mit der 26. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung (26. BtMÄndV) wurden die Anlagen des Betäubungsmittelgesetzes und die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) an den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Damit werden ab 1.1.2013 alle Tilidin-/Naloxonhaltigen Arzneimittel mit schneller Wirkstofffreisetzung – also alle nicht retardierten festen und flüssigen oralen Arzneiformen – durch Anpassung der Ausnahmeregelung für Tilidin in Anlage III des Betäubungsmittelgesetzes den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften unterstellt.



Frauengesundheit – Generationen im Dialog

Die 19. Jahrestagung vom Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF e.V.) ist am 3. und 4. November 2012 in der Alten Feuerwache, Berlin-Kreuzberg von rund 200 Teilnehmerinnen besucht worden. Der AKF ist der größte unabhängige Zusammenschluss von Frauengesundheitsorganisationen in Deutschland. Der Arbeitskreis organisiert Hebammen, Ärztinnen, Psychologinnen und Pädagoginnen, Heilpraktikerinnen, in den Pflegeberufen Tätige, Selbsthilfe und Gesundheitswissenschaftlerinnen, vereint Berufsverbände und Organisationen. Der Schwerpunkt der diesjährigen Podiumsdiskussionen, Vorträge und Workshops wurde bei dem Thema „Selbstbestimmung über Körper und Gesundheit stärken“ gesetzt. Das umfassende Veranstaltungsprogramm ermöglichte den Dialog der Generationen: Was verbindet die Generation 55 plus mit den heute 20 bis 35-jährigen Frauen und was unterscheidet sie? Was verstehen junge und alte Frauen heute unter Gesundheit? Wie sehen sie heute ihre Körperlichkeit?

Ein gelungenes Beispiel für diesen Dialog war das Mutter-Tochter-Gespräch von Dr. Eva Schindele (Autorin) und Isabel Schindele

(Sozialpädagogin). Sie skizzierten aus recht unterschiedlicher Sicht, wie die Pille die Selbstwahrnehmung der Frauen veränderte bzw. verändert. Eva Schindele verwies darauf, dass mit der Pille vor 50 Jahren das erste Medikament auf den Markt kam, das Krankheiten nicht heilen, sondern die weibliche Physiologie regulieren sollte. Die Pille habe der Frau nicht nur die Unabhängigkeit vom Mann und dessen Verhütungskünsten ermöglicht, sondern auch den Blick auf den Körper von Frauen verändert sowie die Manipulation des eigenen Körpers mit einer selbstbestimmten Lebensplanung verknüpft. „Die Pille hat die Kontrolle des Frauenkörpers hoffähig gemacht.“ Ihre Tochter, die Sozialpädagogin Isabel Schindele, erzählte, für viele junge Frauen gehöre das Schlucken der Pille heute einfach zum Erwachsenwerden dazu, egal ob sie Sex haben oder nicht. Die Pille wird als praktisch empfunden, weil damit die Monatsblutung kontrolliert werden kann.

Die „Jungen Alten: Fit, gestylt und allzeit verfügbar für Familie und Gesellschaft?“ hieß der Workshop, den Josefine Heusinger, Hochschule Magdeburg-Stendal, Institut für Gerontologische Forschung, Berlin

leitete. Die Professorin für Soziale Arbeit mit dem Schwerpunkt Generationsbeziehung und Lebenslauf führte aus, dass die Biografien von Frauen vom Ringen um die Balance zwischen Sorgearbeit und Erwerbsarbeit geprägt sind. Viele Frauen nehmen sich vor, im Alter endlich „egoistisch“ sein zu dürfen. Aber die Zerrissenheit zwischen der Arbeit für Andere einerseits und den eigenen Wünschen andererseits ist auch im Alter nicht vorbei. Pflegebedürftige Angehörige, Enkel, Freunde wollen und müssen versorgt werden. Zudem sollen sich die Alten noch „freiwillig engagieren“ und Verantwortung für die Gesellschaft übernehmen. Heusinger nennt dafür die sogenannten Lesemasas als Beispiel: „Es brennt in den Schulen an allen Ecken und Enden und jetzt sollen die Omas als Lesepatinnen kommen und alles retten.“

Auf der Tagung des AKF waren die Zielstrebigkeit und die Intensität der Frauen und Frauenorganisationen aus unterschiedlichsten gesundheitlichen und pflegerischen Bereichen und der Wissenschaft spürbar. Es gelang, neue feministische Konzepte mit

den Erfahrungen der älteren Frauen zu verknüpfen. Eine wesentliche Übereinstimmung der Teilnehmerinnen bestand in der Auffassung, Frauengesundheit als das Ergebnis medizinischer, sozialer, psychischer und ökonomischer Bedingungen zu definieren. Die Berücksichtigung weiblicher Lebenswelten und Bedürfnisse in der präventiven Arbeit und bei der Definition und Behandlung von Krankheit bedarf notwendigerweise generationsübergreifender Bündnisse.

Im System verankerte Geschlechterspezifische Denk-, Forschungs- und Umsetzungskonzepte könnten Versorgungsverbesserungen und Effizienzreserven auf allen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens frei legen. Mit dieser und weiteren Zielsetzungen wird sich der 1. Bundeskongress Gender-Gesundheit – Herausforderungen und Potentiale geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung am 21. und 22. März 2013 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am Gendarmenmarkt beschäftigen.

U. Hempel

ANZEIGE

*Kognitionseinschränkende Pharmaka***Im Alter**

Kognitionseinschränkungen im Alter sind nicht immer bedingt durch organische Demenzen: neben u.a. Dehydratation, Elektrolytentgleisungen und Infektionen verursachen Arzneimittel 12 – 39 % der Erkrankungen zum Teil oder sogar erheblich. Psychopharmaka sind hauptsächliche Auslöser, wobei die anticholinerge Aktivität nicht immer ausschlaggebend ist: Benzodiazepine haben z.B. nur eine geringe anticholinerge Potenz, nach einer neuen Fallkontrollstudie könnte das Risiko, unter der Einnahme eines Benzodiazepins an einer Demenz zu erkranken, um 60 % erhöht sein.

Der Autor vermutet, dass alle delirogenen Substanzen bei chronischer Gabe zu einer Einschränkung kognitiver Leistungen führen können. Speziell gilt dies z.B. für trizyklische Antidepressiva, Opiate, sedierende H₁-Antihistaminika, zentrale Anticholinergika wie Parkinsonmittel, Lithium, Fluorchinolone. Diskutiert werden über 600 Substanzen, so dass nach Ansicht des Autors vor allem eine Polypharmazie zu den stärksten Risikofaktoren für eine Kognitionseinschränkung zählt.

Ein Blick in die Priscus-Liste z.B. könnte bei der Auswahl eines Medikamentes für einen älteren Patienten hilfreich sein. Nach einer neuen Auswertung des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) erhielten zwar über 20 % der Patienten über 65 Jahre einen „ungeeigneten“ Arzneistoff, die meisten jedoch nur kurzzeitig. Zu hinterfragen sind daher nur jene 5,2 % der Patienten,

die eine Dauertherapie mit einem dieser Arzneistoffe erhielten.

Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157(41): 3470 und 157(44): 3826; Internist 2012; 53: 1240-7

*Tokolytika***Nicht vollständig überzeugende Therapie**

In einer amerikanischen Metaanalyse wurden verschiedene tokolytisch wirkende Arzneistoffe verglichen. Eines der Ziele einer tokolytischen Therapie ist eine Verzögerung der Geburt unreifer Foeten um 48 Stunden, um eine antenatale Gabe von Glukokortikoiden zur Reduktion frühkindlicher Komplikation bis hin zum Exitus zu ermöglichen. Dies gelang am erfolgreichsten mit Prostaglandin-Inhibitoren wie Indomethacin, gefolgt von Magnesiumsulfat, Kalziumantagonisten wie Nifedipin, Betamimetika wie Terbutalin und dem Oxytocinrezeptorblocker Atosiban.

Primäres Ziel einer Tokolyse soll jedoch sein, Mortalität und Morbidität des Kindes zu senken und die Mutter zu schonen. Der Endpunkt neonatale Mortalität scheiterte an einer zu geringen Anzahl von Todesfällen, beim Endpunkt Atemnotsyndrom des Neugeborenen war keines der Arzneistoffe statistisch besser als Placebo. Zusammengefasst scheinen jedoch Prostaglandinhemmer und Kalziumantagonisten am besten geeignet zu sein, auch aufgrund ihrer geringeren unerwünschten Wirkungen (UAW) bei der Mutter. Unter Betamimetika und Magnesiumsulfat mussten die Medikation aufgrund von UAW signi-

fikant häufiger gewechselt werden. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse führten in einem Editorial zu Zweifeln über den Sinn einer Tokolyse.

Quelle: www.bmj.com/content/345/bmj.e6226

*Ungewöhnliche***Sexualhormonübertragungen**

Es ist schon lange bekannt, dass die Anwendung von Estrogen-haltigen Vaginalcremes beim jeweiligen männlichen Geschlechtspartner zu einer Gynäkomastie führen kann. Nach einem neuen Bericht funktioniert die Übertragung auch in Richtung des weiblichen Geschlechtes: eine 52-jährige bekam plötzlich Geheimratsecken und eine Tonsur. Grund: erhöhte Testosteronwerte, verursacht durch eine Testosteron-haltige Hautcreme, die der männliche Partner auf die Oberarme auftrug.

Berichte aus 2007 und 2010 weisen darauf hin, dass insbesondere die Haut von Kindern Sexualhormone leicht resorbieren kann. Ein 16 Monate und ein 4 Jahre alter Junge zeigten Virilisierungserscheinungen (vergrößerter Penis, Schambehaarung). Beide schliefen oft in den Betten der Eltern, die Ehemänner wandten topische Testosteroncremes an.

Die Haut und insbesondere die Schleimhaut können bei längerer Exposition auch ohne Resorptionsvermittler wie Dimethylsulfoxid Arzneistoffe resorbieren – mit entsprechenden UAW bei hochwirksamen Arzneistoffen. Tragisch endete ein Fall einer hysterektomierten Frau, der über längere Zeit (Kontraindikation !!) Framycetin-haltige Kegel vaginal appliziert wurden. Nach 3 Wochen entwickelte sich eine irreversible Schwerhörigkeit, eine typische unerwünschte Wirkung systemischer Aminoglykoside.

Quellen: Brit.med.J. 2007; 335:310 und 2010; 340: 1137, Ärztezeitung vom 04.10.12, S. 12

ANZEIGE

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht. Tel.: 0211/4302-2272, Fax: 0211/4302-2279, E-Mail: dr.hopf@aekno.de, Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 12/2012

Muskelschmerz nach Malaysiareise

Im Oktober 2012 stellt sich eine junge Reiserückkehrerin mit Myalgie und Fieber im Institut für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Berlin vor. Während ihres Malaysiaurlaubs hatte sie im September mit ihrem Freund die unter Touristen sehr beliebte Insel Pulau Tioman im Südchinesischen Meer besucht. Der Freund habe ähnliche, wenn auch mildere Symptome. Insbesondere die Reiseanamnese gebot die sehr seltene Muskelsarkozystose in die Differentialdiagnose miteinzubeziehen. In der Literatur finden sich weniger als 100 beschriebene Fälle einer

Muskelsarkozystose. Bereits im Sommer 2011 wurde über etwa 30 Verdachtsfälle bei Tioman-Reisenden berichtet. Ein Großteil davon waren deutsche Urlauber

Gesammelt wurden diese Fälle über das Geosentinel-Netzwerk. Dies ist ein Zusammenschluss von 55 weltweit verteilten sog. Geosentinel Sites, die Daten von Reiserückkehrern erheben. Weitere kleinere Institute berichten unregelmäßig über ausgewählte Diagnosen als sog. Geosentinel Members. Das reisefreudige Deutschland ist mit drei großen Geosentinel Sites (Tropeninstitute Berlin, Hamburg und München) vertreten. In den letzten Monaten konnten mithilfe dieses Netzwerkes über 50 Verdachtsfälle bei Tioman-Reisenden identifiziert werden. Wieder kamen die meisten Verdachtsfälle aus Deutschland. Neben der Reiseanamnese, dem Fieber und der Myalgie wiesen auffällige Laborwerte auf die Diagnose hin. Die Creatinkinase sowie die Laktatdehydrogenase waren in den meisten Fällen erhöht oder stiegen im Verlauf an. Des Weiteren imponierte eine Eosinophilie. Untersuchungen auf *Trichinella spiralis*, *Strongyloides stercoralis* und *Toxoplasma gondii* waren negativ. Ein direkter Nachweis gelang in wenigen Muskelbiopsien.

Die Erreger der Sarkozystose sind intrazellulär lebende Parasiten. Sie gehören dem Stamm der Apicomplexa (Sporentierchen) an und sind damit nahe Ver-

wandte des Malariaerregers *Plasmodium* sowie von *Toxoplasma* und *Cryptosporidium*. Menschen sind in der Regel die Endwirte von *Sarcocystis hominis* und *Sarcocystis suis hominis*. Nach Aufnahme von zystendurchsetztem und nicht ausreichend erhitztem Fleisch entwickeln sich die Erreger im menschlichen Darmepithel. Sie vermehren sich dort geschlechtlich und formen Sporozysten, die dann ausgeschieden und erneut von Zwischenwirten aufgenommen werden und in deren Muskelzellen gelangen. Selten kommt es bei der intestinalen Sarkozystose des Menschen zu abdominalen Beschwerden.

In Ausnahmefällen, wie bei unserer Patientin, können Menschen auch als Zwischenwirt dienen. Nach oraler Aufnahme der Sporozysten gelangen die Parasiten in die Muskeln und können die beschriebenen Beschwerden verursachen. Asymptomatische Verläufe werden vermutet. Abgesehen von dem direkten Erregernachweis in der Muskelbiopsie sind bis dato keine spezifischen Routine-Nachweisverfahren verfügbar. Eine Therapie ist nicht bekannt, Heilversuche mit Albendazol wurden beschrieben. Die Beschwerden sistieren häufig nach Wochen bis Monaten. Ein eindeutiges Risikoverhalten der Betroffenen, wie z.B. der Konsum bestimmter Produkte, konnte bis dato nicht identifiziert werden. Wenn sich Patienten mit Myalgie und Fieber nach einer Auslandsreise an ihren Arzt wenden, so empfehlen wir die Vorstellung im Tropeninstitut.

Dr. Florian Steiner
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
tropeninstitut.charite.de

Die Erreger der Sarkozystose sind intrazellulär lebende Parasiten. Sie gehören dem Stamm der Apicomplexa (Sporentierchen) an und sind damit nahe Verwandte des Malariaerregers *Plasmodium* sowie von *Toxoplasma* und *Cryptosporidium*. Menschen sind in der Regel die Endwirte von *Sarcocystis hominis* und *Sarcocystis suis hominis*. Nach Aufnahme von zystendurchsetztem und nicht ausreichend erhitztem Fleisch entwickeln sich die Erreger im menschlichen Darmepithel. Sie vermehren sich dort geschlechtlich und formen Sporozysten, die dann ausgeschieden und erneut von Zwischenwirten aufgenommen werden und in deren Muskelzellen gelangen. Selten kommt es bei der intestinalen Sarkozystose des Menschen zu abdominalen Beschwerden.

Delegiertenversammlung

Delegierte senken Kammerbeiträge

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin hat in ihrer Sitzung am 21. November 2012 folgende Vorlagen beschlossen:

Neufassung der Beitragsordnung (einstimmig)

Die Neufassung der Beitragsordnung beinhaltet u.a. eine Absenkung der Beitragssätze um 0,02%-Punkte über alle Beitragsgruppen hinweg. Die Beitragssätze liegen damit auf dem niedrigsten Niveau seit 1991.

Jahresabschluss 2011 mit Entlastung des Vorstandes (einstimmig)

Wirtschaftsplan 2013 (einstimmig)

1. Nachtrag zur Hauptsatzung (einstimmig)

1. Nachtrag zur Geschäftsordnung (einstimmig)

Nachtrag zur Wahl der Weiterbildungsprüfer (einstimmig)

Wahl eines weiteren Mitglieds in den Weiterbildungsausschuss II (einstimmig)

Den vollständigen DV-Bericht können Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin lesen unter:
www.aerztekammer-berlin.de => Über uns => Organisation => Delegiertenversammlung => Berichte

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 27. Februar 2013 statt.

MFA

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte / Arzthelferinnen

Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am

12. März 2013 in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Anmeldeschluss ist der 15. Februar 2013. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen im Sommer 2013 finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung:
23. und 24. April 2013,
Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin.

Praktischer Teil der Prüfung:
27. Mai 2013 bis 13. Juli 2013,
Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum 15. Februar 2013

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 Fehltageliste 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 Fehltageliste in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten übersandt.

Vorgezogene Abschlussprüfungen

Schriftlicher Teil der Prüfung:
23. und 24. April 2013,
Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Praktischer Teil der Prüfung:
27. Mai 2013 bis 13. Juli 2013,
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 Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltageliste 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 Fehltageliste in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum

15. Februar 2013 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 - 26 26.



Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Erste Kammerprüfungen in Berlin



Prüfungsausschuss in 15 bis 20 Minuten ihre Ergebnisse präsentieren und im Anschluss daran in bis zu 30 Minuten mit dem Ausschuss ein Fachgespräch über die Präsentation sowie über Fragestellungen aus allen acht Modulen des Pflichtteils führen.

Allen Prüfungsteilnehmern konnte als Bestätigung ihres Prüfungserfolgs ein Prüfungszeugnis ausgehändigt werden. Nach dem Nachweis des erfolgreich absolvierten Wahlteils erhielten sie zusätzlich den Brief „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“.

Im November 2012 haben 8 Kandidatinnen und Kandidaten vor der Ärztekammer Berlin erfolgreich ihre Prüfung zum/zur „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ abgelegt.

Die Aufstiegsqualifikation „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“, die auf einem Rahmencurriculum der Bundesärztekammer beruht, gliedert sich in einen Pflichtteil (300 Stunden) sowie einen Wahlteil (120 Stunden). Der Pflichtteil besteht aus 8 Modulen und schließt mit einer öffentlich-rechtlichen Prüfung vor der Ärztekammer Berlin ab. Diese Prüfung setzt sich aus 8 Klausuren sowie einem praktisch-mündlichen Teil zusammen.

Bei der Entwicklung der schriftlichen und praktisch-mündlichen Prüfungsaufgaben wurden die Vorgaben der am 23. Juli 2011 in Kraft getretenen Prüfungsordnung umgesetzt. Dabei wurde Wert darauf gelegt, auch für den Bereich der Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten

das in den letzten Jahren im Rahmen der Abschlussprüfungen der Medizinischen Fachangestellten entwickelte hohe Niveau aufzugreifen und fortzusetzen.

Die ersten schriftlichen Modulprüfungen fanden am 14. Februar und am 21. Juni 2012 statt. Vom 6. bis 8. November 2012 wurden von den zuständigen Prüfungsausschüssen die ersten praktisch-mündlichen Prüfungen abgenommen.

Der praktisch-mündliche Prüfungsteil besteht aus einem handlungsfeld-übergreifenden mediengestützten Vortrag (Präsentation) und einem Fachgespräch. Den Prüfungskandidaten wurden 6 Wochen vor dem Prüfungstermin mehrere Präsentationsthemen zur Auswahl gestellt. Die Folgezeit diente ihnen dann für die Erfassung, Beurteilung, Darstellung und Lösung des Themas. Am Prüfungstag mussten die Kandidaten dem

Kurs

Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (40-h Kurs, findet in zwei aufeinander aufbauenden Teilen statt.)

Termine:

28. Februar 2013; 14:00-18:00 Uhr
01. März 2013; 09:00-18:00 Uhr
02. März 2013; 09:00-17:00 Uhr
14. März 2013; 14:00-18:00 Uhr
15. März 2013; 09:00-18:00 Uhr
16. März 2013; 09:00-15:00 Uhr

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in einer stationären oder ambulanten Einrichtung die Funktion der/des Qualitätsbeauftragten in der Hämotherapie gemäß den „Richtlinien zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten“ der Bundesärztekammer ausüben möchten.

Veranstalter: Ärztekammer Berlin
Wissenschaftliche Leitung:
Frau Dr. Gossrau, Frau Dr. Werner

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Gesamtgebühr: 750 €, 40 Fortbildungspunkte
Information/ Anmeldung:
Tel.: 40806-1401; E-Mail: r.drendel@aekb.de

Ärztliche Führung... kann man erlernen

Ärztliche Führungsaufgaben in Klinik, MVZ und Praxis sind erheblich anspruchsvoller geworden als sie es einmal waren. Neben dem komplexen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Doch wie vereint man Arzt- und „Manager“-Sein in einem sich stark verändernden Umfeld? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden? Mit diesen Fragen beschäftigt sich die Ärztekammer Berlin seit einiger Zeit intensiv und bietet strukturelle Hilfestellung in Form eines viel beachteten praxisorientierten Intensivprogramms (s. S. 23) an. Das folgende Titelthema soll in die ebenso komplexe wie spannende Thematik grundlegend einführen.



Ärztliches Führen heute

Von Peter Berchtold, Christof Schmitz

In den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts reichten 2,5 Personen an klinischem Personal, um einen durchschnittlichen, stationären Patienten behandeln zu können. Kaum 20 Jahre später waren es bereits 15 Beteiligte. Und die Zahl ist weiter gestiegen: zu seiner eigenen Verblüffung zählte ein amerikanischer Chirurg jüngst bei der Knieoperation seiner Mutter 63 Beteiligte, vom Radiologen über den Operateur, die verschiedenen Pflegenden in den jeweiligen Schichten bis hin zum Physiotherapeuten. In einem Schweizer Spital ergab eine Beobachtung eines durchschnittlichen Notfalls unlängst rund 50 Mitwirkende inkl. der administrativen Kräfte. Diese Steigerung ist umso eindrücklicher, als sich die prinzipiellen Kooperationsstrukturen nicht mit gleicher Vehemenz gewandelt haben. Damit sind wir bei der Frage, mit der wir es heute vor allem zu tun haben: Wie schaffen wir es, bei einer solchen Vielzahl von Beteiligten konstant ausgezeichnete Arbeit zu leisten?

Diese Frage stellt sich umso intensiver, als nicht nur die reine Anzahl medizinischer (Spezial-)Kräfte zugenommen hat, sondern sich gleichzeitig medizinische, betriebswirtschaftliche und administrative Ansprüche intensiviert haben. Nicht zuletzt das Controlling hat heute ungleich mehr Bedeutung - allein die Leistungserfassung selbst ist bei 63 Beteiligten mit einem ungleich höheren Aufwand verbunden als noch wenige Jahre zuvor. Kurz, reichte es in den goldenen Zeiten der Medizin für den Chefarzt noch aus, seine (sic!) Ärzte anzuleiten, Patienten zu behandeln und die Budgetwünsche fürs nächste Jahr durchzugeben, so sieht Führung heute ganz anders aus. Nicht mehr nur das eigene Team steht im Fokus, sondern auch die Vernetzungen zu den anderen Akteuren in der Krankenbehandlung als auch im betriebswirtschaftlich-administrativen Verbund des Krankenhauses.

Mittlerweile bedeutet ärztliche Führung, sich als Knotenpunkt eines komplexen Netzes unterschiedlicher, teils widersprüchlicher Erwartungen und Beziehungen zu verstehen. Willkommen im Zeitalter der „Unübersichtlichkeit“!

Führung als komplexe Herausforderung

Klar, (fast) immer geht es (irgendwie) um den Patienten. Aber der Patient ist vieles: er ist Kranker, Leidender, zu kurierende und zu pflegende Person, aber er ist auch Träger einer Diagnose und einer Fallpuschale, er ist Kostenverursacher, Rechtsperson, Studienobjekt, Forschungsgegenstand und nicht zuletzt auch Lehrgegenstand. Ärzte, Pflegenden und Controller, sie alle verfolgen ihre je eigenen Perspektiven gleichzeitig. Darin spiegeln sich nicht zuletzt die vielschichtigen Anforderungen, mit denen wir es heute in der Medizin zu tun haben. Wie kann Führung unter solchen Umständen überhaupt erfolgreich sein? Die typischen Antworten der Führungslehre sind gespalten. Zum einen wird davon ausgegangen, dass Führung im Wesentlichen eine konsequente Anwendung von Führungsinstrumenten bedeutet. Wer Sitzungen gut vorbereitet und leitet, wer Mitarbeiterbeurteilungen konsequent durchführt, wer Budgetprozesse sauber strukturiert, dem sollte das Glück gelingender Führung hold sein. Das ist der Traum der klassischen Betriebswirtschaftslehre. Würden sich alle konsequent vernünftig – rational – verhalten, dann würde eine Organisation (auch ein Krankenhaus) wie eine gut geölte Maschine laufen. Leider sieht die Realität nicht so aus und mit reiner Vernunft (was immer die wäre) ist es nicht getan. Stattdessen braucht es rascheres Reagieren auf wechselnde Verhältnisse – Anpassung



Peter Berchtold

und Veränderung in hoher Taktfrequenz. Der Begriff „Leadership“ bildet die zweite Antwort der Führungslehre ab. Neben der systematischen Anwendung von Instrumenten bedeutet dies zusätzlich zu inspirieren, zu stimulieren und zu motivieren.

Man kann über Angemessenheit und Reichweite dieser beiden Antworten streiten, aber mit beiden kann der Betriebswirt leben. Wenn da nur nicht die Ärzte im Krankenhaus wären. Die sich – aus Sicht des Betriebswirts – nicht an Vorgaben halten, jeden Patienten als einzigartiges Individuum sehen und kaum ein Führungsinstrument akzeptieren geschweige denn konsequent durchziehen. Und wenn sie Leadership ergreifen, dann im Kampf gegen andere (z.B. das Management), statt im Kampf um den Beitrag zum Ganzen. Der Arzt als Albtraum des tüchtigen Betriebswirts? Soweit wollen wir nicht gehen, aber sicherlich ist das Verhalten von Ärzten als Führungspersonen für einen durchschnittlichen Betriebswirt irritierend – umgekehrt dürfte oft das Gleiche gelten. Relevant ist diese wechselseitige Irritation, weil sie den Blick auf das eigentliche Problem verstellt, nämlich die notwendige Wende von den simplen Führungsanforderungen früherer Jahre hin zu Führung

komplexer Systeme heute. „Systeme“, also Organisationen wie Krankenhäuser, die sich nicht in rein instrumentellen Ansätzen erschöpfen und die eine auf ihre Mehrdimensionalität ausgerichtete Führung verlangen. Eine Führung, die den kranken Menschen, die zu pflegende Person, den Träger einer Fallpauschale und das Studienobjekt gleichzeitig und integrierend im Blick behält.

Die Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie

Komplexität entsteht exemplarisch an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ökonomie, besser bekannt unter dem viel diskutierten Titel der Ökonomisierung der Medizin („Geld oder Leben“). Dazu gehören die DRGs als ein Versuch, Medizin eher als Ware, denn als Dienst am kranken Menschen zu sehen. Indem eine bestimmte Diagnose(gruppe) mit einem Preis versehen wird, wird eine Art Warenhaftigkeit eingeführt. „Eine Art“, weil sich dieser „Preis“ nicht dem marktwirtschaftlichen Spiel von Angebot und Nachfrage verdankt, sondern der Erhebung von Durchschnittswerten und notwendig politischen Aushandlungsprozessen. Krankenbehandlung folgt anderen Gesetzmäßigkeiten als Schuhcreme, weshalb die Übersetzung medizinischer Leistungen in betriebswirtschaftliche Kalküle hinken muss. DRGs können daher nicht gleichermaßen als „Übersetzungswerkzeug“ funktionieren, wie es Preise in der Marktwirtschaft für die Steuerung von Angebot und Nachfrage tun.

Mit dem sich daraus ergebenden „Hinken“ schlägt sich nun der Arzt im klinischen Alltag herum. Er sieht sich vor der Herausforderung, zwischen einem individuellen Patienten mit seinen Besonderheiten (Präferenzen, Polymorbiditäten etc.) und einem Durchschnitt aller Patienten vermitteln zu müssen. Es ist gerade auch diese Vermittlung, welche Führungsaufgaben komplex machen. Denn hier enden die Eindeutigkeiten. Da mag der Controller noch so sehr betonen, nur der Durchschnitt zählt,

wenn Herr Meier 5 Tage über Zeit auf der Station liegt, macht sich Unruhe breit. Es ist (ärztliche) Führungsaufgabe, hier Entscheidungen zu treffen. Was machen wir? Was ist medizinisch „wirklich“ erforderlich? Welche Alternativen gäbe es? Und es geht nicht nur um Patient Meier. Zahlreiche andere beobachten und handeln mit: Die Assistenzärzte lernen dadurch, wie der Chef mit diesen Aufgaben umgehen wird, die Oberärzte suchen medizinische Orientierung, die Pflegenden sorgen sich um Menschlichkeit, der Controller sucht Abweichungen vom Durchschnitt und erwartet Erklärungen etc. Exakt diese Gleichzeitigkeit verschiedener „Aufträge“ ist es, die Führung anspruchsvoll macht.

Führen zwischen Skylla und Charybdis

Führung unter solchen Prämissen – Navigieren in komplexen Netzen, Balancieren widersprüchlicher Anforderungen und Erwartungen, Entscheiden in mehrdeutigen Situationen – gerät hoch anspruchsvoll. Die beiden Extremvarianten im Umgang mit diesem Anspruch lauten: gar nicht zu führen oder aber: autokratisch zu führen. Das sind gewissermaßen Skylla und Charybdis des ärztlichen Führens. Beide Varianten sind bekannt und immer wieder zu finden. Beide sind unfruchtbar. Was sind die Alternativen? Eine Erkenntnis lautet, dass Komplexität nur mit Komplexität (und nicht Einfachheit!) zu beantworten ist.

Komplexe Führung ist eine, die

- wachsam beobachtet, was der Fall ist
- wertschätzend interpretiert und sich entscheidet, was zu tun / zu unterlassen ist und
- wirksam interveniert.

Das ist der Prozess des Führens. (Seliger 2008) Eine Dimension dieses Prozesses soll an dieser Stelle herausgegriffen werden: Wachsamkeit.



Wachsamkeit

So wie es zum Mediziner gehört, biopsychosoziale Signale seiner Patienten im Blick zu haben, so gehört es zur Führung, Signale von Mitarbeitenden, des Teams, der gesamten Organisation Krankenhaus sowie des externen Umfelds wahrzunehmen, zu „lesen“. Notwendigerweise sind wir alle selektiv in unserer Aufmerksamkeit. Führung indes bedeutet auch, dass wir uns dieser Selektivität bewusster werden. Was beobachten wir (und was taucht nicht oder zu schwach auf den Schirmen auf)? Patienten? Unsere Mitarbeitende? Das Team? Andere Bereiche? Qualität, Wissenschaft, Ökonomie?

Vier Richtungen der Aufmerksamkeit können wir unterscheiden: sich selbst / Mitarbeiter / Organisation / externes Umfeld (s. Tabelle)

Wachsamkeit für	sich selbst	Mitarbeiter / Team	Organisation	Umfeld
Signale	Unruhe, Stress, Langeweile, Nervosität, Gelassenheit	Motivationslagen, Konflikte, Leistungsschwankungen, veränderte Zusammenarbeiten, Fehler	Zu-/abnehmende Konflikte, Abstimmungsaufwände mit anderen Einheiten, gemeinsam geteilte Sichtweisen, „Territorialkämpfe“, gelingende Prozesse	Zu- / Abwendungen, Reklamationen, Zufriedenheiten, Reputation

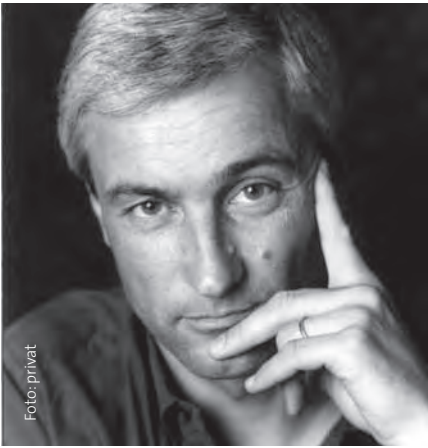


Foto: privat

Christof Schmitz

Zur Rubrik Wachsamkeit gehören auch Aktivitäten der Wahrnehmung: wie, wo, mit wem führen wir Gespräche? Welche Fragen stellen wir? Welche Ereignisse wollen wir beobachten? Auch Wahrnehmung ist zu organisieren. Tratsch beim Kaffee fördert anderes zutage als die systematische Bearbeitung von Patientenbeschwerden, eine externe Klausur der Klinik ermöglicht eine andere Tiefe als kurze Fragen am Ende des Rappports etc. Wahrnehmen in komplexen Situationen verlangt zudem verschiedene Blickwinkel einzunehmen: nicht nur Patienten, nicht nur Mitarbeitende, sondern immer auch das Gesamtsystem, in das wir eingebettet sind und nicht zuletzt: uns selbst. Die Fähigkeit, sich selbst zu reflektieren wird umso wichtiger, je unübersichtlicher die Verhältnisse werden. Nur wer ein Gespür für seine Wirkungen und seine blinden Flecken hat, wer seine Intuition befragen und seine inneren Nachklänge nachspüren kann, wird in der Lage sein, differenziert „das Außen“ wahrzunehmen. Und nur dann werden wir effektiv interpretieren und differenziert intervenieren können. Das ist es, was Führung heute so spannend macht. Bei aller Anforderung ist sie ein sehr lebendiges Geschehen, das multifaktoriell verläuft und mehrdimensional gehalten ist. Neugier und Bereitschaft, sich auf mehrdeutige Situationen einzulassen, Interesse an anderen und an sich selbst sind da integrale Voraussetzung. Führung unter komplexen Verhältnissen legt den Fokus auf Interaktion und umschließt immer reflexive Momente. Man selbst ist das wichtigste Führungsinstrument. Führungsausbildung ist darum immer auch ein Sensitivitätstraining.

Verfasser:

Peter Berchtold, Christof Schmitz
www.college-m.ch

Führen und führen lassen

- eine kleine Organisationspsychologie für Leitende Ärzte

Von Wolfgang Scholl

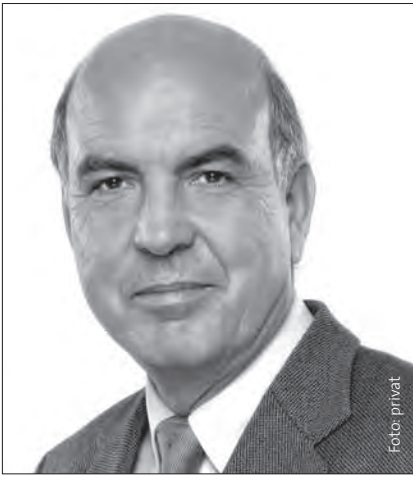
Ärzte erbringen Dienstleistungen in der Arbeit an und mit den Menschen. Im vorangehenden Artikel über „Ärztliches Führen heute“ haben die Autoren dargelegt, wie viele unterschiedliche Menschen innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft an diesen Dienstleistungen beteiligt sind und wie komplex, ja oft unübersichtlich die Führungssituation insbesondere in Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren geworden ist. Für den ärztlichen Bereich beinhaltet diese Entwicklung, dass mehr Kollegen mit anderer Spezialisierung zu einzelnen Behandlungen konsultiert werden müssen, dass sich die Diagnostik sowie die Vor-, Haupt- und Nachbehandlungen ausdifferenzieren, dass die wirtschaftliche Seite an Gewicht gewinnt (Fallpauschalen), dass die Anforderungen der Organisation und der Verwaltungsabläufe komplexer werden und mehr Zeit erfordern. Damit bleibt insgesamt weniger Zeit für die Abstimmung mit dem Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen. In diesem Geflecht von beteiligten Personen, verschiedensten inhaltlichen Anforderungen, schlecht abgestimmten Teilsystemen und knapper werdender Zeit sind Fehler noch schwerer zu vermeiden.

Wachsende Komplexität ist allerdings auch typisch für viele andere Arbeitsbereiche in der Wirtschaft, der Politik und der Gesellschaft. Der zentrale Grund dafür ist der exponentielle Anstieg des Wissens in der Neuzeit; weltweit wird von immer mehr Menschen immer schneller immer mehr neues Wissen produziert und dadurch werden in vielen Bereichen immer schneller Veränderungen angestoßen. Eine Folge davon ist, dass Menschen trotz langer Ausbildung und lebenslan-

gem Lernen sich immer weiter spezialisieren (müssen) und dass es dadurch für alle immer schwieriger wird eine ungefähre Übersicht zu behalten. Die vielfältigen technischen Hilfen durch weltweite Information und Kommunikation sind zwar durchaus nützlich, aber gleichzeitig drehen sie das Rad der Wissensproduktion nur noch schneller weiter.

Die Ressource Wissen

Wissen ist eine eigentümliche Ressource: es beschreibt, erklärt, bewertet und gestaltet die Verhältnisse in der Welt und wird von Menschen entwickelt und gebraucht, um sich darin besser zurechtzufinden; oft denkt man bei Wissen nur an klar formulierbare Erkenntnisse (Knowing that), aber auch Erfahrungen, die nur grob beschrieben werden können, (Knowing how) gehören dazu. Wissen ist von Information zu unterscheiden. Erst wenn Informationen mit anderen Informationen in zweckmäßiger Weise verknüpft und in einem Sinnzusammenhang interpretiert und angewendet werden können, ergibt sich daraus Wissen, mit dem Handlungen Erfolg versprechend geplant und umgesetzt werden können. Leider ist das erarbeitete Wissen nur teilweise verlässlich. Zum einen bringt es die Wissensdynamik mit sich, dass manches, was bisher als richtig und gesichert galt, durch neues Wissen infrage gestellt oder sogar als Irrtum angesehen wird. Zum anderen müssen wir beim Wissenserwerb immer selektiv vorgehen, so dass wir manchmal nicht wissen, dass es irgendwo bereits besseres Wissen gibt. Für Ärzte und erst recht für Patienten ergibt sich aus beidem eine ständige Verunsicherung. Außerdem ist unser Wissenserwerb nicht nur selektiv, sondern auch inter-



Wolfgang Scholl

essenbedingt gefärbt: oft unbewusst halten wir die Informationen, Meinungen und Quellen für glaubwürdiger, die unsere Interessen als legitim erscheinen lassen und unser Selbstbild bestätigen. Schließlich wird Wissen auch oft interessenbedingt genutzt und taktisch weitergegeben, im Krankenhaus z.B. für Ausrichtung und Umfang der Untersuchungen, womit man interessante Arbeit an sich ziehen und lästige oder teure Arbeit abschieben kann. Dies alles hat Konsequenzen für das Bemühen um gute Führung.

Führung und Organisation der Führung

Es bietet sich an, Führung und Vorgesetztenfunktion zu unterscheiden und ihr Zusammenspiel zu klären, denn Führung entsteht spontan überall, wo Menschen etwas zusammen unternehmen, sie ist nicht auf Hierarchien beschränkt. Sobald man etwas gemeinsam tun will oder soll, muss entschieden werden, wer was machen soll und wie es zu tun ist; das verlangt nach Führung. In unregelmäßigen Situationen wie z. B. in Freundschaftsgruppen oder bei einem Unfall, den mehrere Personen erleben, gibt es immer einzelne Personen, die als erste aktiv werden, eine Richtung einschlagen, der dann andere folgen, und sich ggf. auch darum kümmern, dass andere mitziehen und bestimmte Aufgaben übernehmen. Führung besteht also primär darin, sich um die Ausrichtung und die wechselseitige Abstimmung des gemeinsamen Tuns zu kümmern. In längerfristigen Gruppen ergeben sich in der Regel daraus eine

Rollenspezialisierung und eine explizite Anerkennung des oder der Führenden. In Organisationen werden solche Führungsrollen im Rahmen einer Hierarchie als Vorgesetztenposition mit bestimmten Rechten und Pflichten ausgestattet. Das ist notwendig, damit die Organisation rechtsverbindlich auftreten, Leistungen erbringen und Gegenleistungen einfordern kann, unabhängig davon, wer im Einzelnen daran mitgearbeitet hat.

Die rechtsverbindliche Autorisierung von Aktivitäten kann
(a) durch Anordnung für nachgeordnete Personen erfolgen (z.B. wie wird therapiert),
(b) im Rahmen eines vorab autorisierten Handlungsspielraums delegiert werden (z. B. bestimmte Funktionsdienste) oder
(c) zwischen Personen mit und ohne Autorisierungsrechte wechselseitig abgestimmt werden (z. B. organisatorischer Ablauf auf Stationen).

Gute Führung verlangt einen guten Überblick bzw. viel Wissen, welche Richtung einzuschlagen ist und wie die Fähigkeiten der Beteiligten dazu am besten eingesetzt und koordiniert werden können. Das Problem der wachsenden Komplexität und der damit verbundenen häufigeren Änderung, der Selektivität und der möglichen Verzerrung des relevanten Wissens besteht für hierarchisch höhere Positionen darin, dass sie das nötige Wissen für den Überblick in manchen, z. T. kritischen Situationen nicht (mehr) haben können. Sie haben weder alle relevanten Aus-, Fort- und Weiterbildungen gemacht, noch die Zeit, sich um alle Details zu kümmern. Sie sollten also sinnvollerweise oft nicht allein entscheiden (Variante a), sondern entweder delegieren (b) oder kollegial mit den relevanten Wissensträgern unabhängig von der hierarchischen Position beraten; dabei können Führungsaktivitäten im Sinne der Richtungsgebung und Koordination auch von anderen ergriffen werden (c).

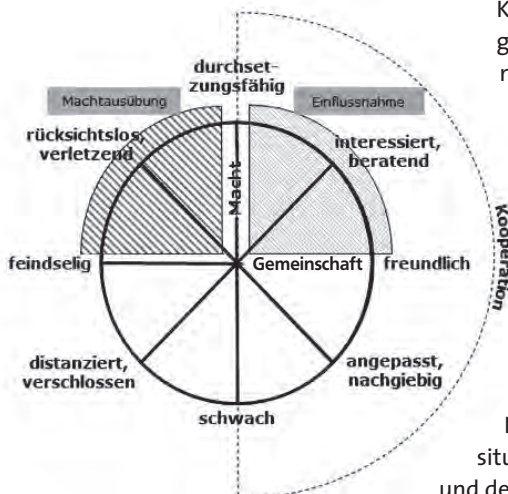
Variante (a) hieße selber führen, Variante (b) einen Rahmen bestimmen und andere führen lassen, während Variante (c) auch als „laterale“ oder „verteilte Führung“ bezeichnet wird und sich selbst führen lassen einschließt. Die vielleicht schwierigste Führungsfrage besteht darin, wann (a) oder (b) oder (c) angeraten ist und wie es einer Führungskraft gelingen kann, situationsangemessen zwischen den drei Möglichkeiten hin und her zu schalten. Praktisch gelöst wird diese Schwierigkeit sehr häufig durch Mischungen zwischen diesen drei Varianten, vor allem wenn gemeinsame Beratung im Sinne von (c) nicht zu einem Konsens führt und durch den Vorgesetzten entschieden wird (a) oder wenn eine Delegation (b) situationsbedingt zurückgenommen wird (a). Wie lässt sich nun aber Führungsarbeit genauer charakterisieren und welche Konsequenzen sind mit den verschiedenen Möglichkeiten verbunden?

Führen als besondere Beziehungsarbeit

Führung ist eine Beziehung zwischen Führenden und Folgenden, bei der es um die Ausrichtung und die wechselseitige Abstimmung des gemeinsamen Tuns geht, so dass Kommunikation eine zentrale Rolle spielt. Eine Zusammenstellung verschiedener Untersuchungen aus unterschiedlichen Wirtschaftsbereichen hat ergeben, dass der Arbeitstag einer typischen Führungskraft aus sehr vielen kurzen Episoden besteht, ca. 50 pro Tag, von denen die Hälfte kürzer als 6 Minuten ist. Etwa 2/3 der Arbeitszeit beinhalten mündliche Kommunikation, davon etwa 40 % mit Untergebenen, 16 % mit Kollegen, 14 % mit Vorgesetzten und 30 % mit Externen (Neuberger, 1995). Für Ärzte nimmt Kommunikation vermutlich einen noch größeren Anteil ein, wobei die Kommunikation mit „Externen“ sich unterteilen lässt in die mit Patienten und die mit sonstigen Rollenträgern. Während die Kommunikationsinhalte situationsbedingt sehr unterschiedlich sein können, lässt sich die Art der Kommunikation genau kennzeichnen, weil sie universell für alle Menschen gültig

ist. Jede Kommunikation, verbale und nonverbale, lässt sich in ihrer affektiven Bedeutung, d. h. was sie gefühlsmäßig ausdrückt, auf den drei Dimensionen: Gemeinschaft (freundlich versus feindlich), Macht (durchsetzungsfähig versus schwach) und Aktivierung (aktiv versus passiv) verorten (Scholl, 2013). Auf denselben drei Dimensionen werden auch alle zwischenmenschlichen Handlungen (Interaktionen) und die dabei beteiligten Persönlichkeiten im Sinne einer weitgehend unbewussten Klassifikation wahrgenommen. Diesen drei Dimensionen lassen sich auch die im vorangehenden Artikel genannten Merkmale des Führens zuordnen: Mit hoher Wertschätzung wird die Gemeinschaft mit den anderen gefördert, die Wirksamkeit der Führung ergibt sich aus der Art der genutzten Macht, etwa durch Positionsmacht oder durch Expertise, und Wachsamkeit ist erforderlich zur rechtzeitigen Aktivierung des jeweiligen gemeinschafts- und machtorientierten Handelns. Da die Wachsamkeit bereits im anderen Artikel behandelt ist, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die Kombinationen der ersten beiden Dimensionen Gemeinschaft und Macht (s. Abb. 1); auf diesen beiden Dimensionen wird das soziale Geschehen hauptsächlich gedeutet und nach passenden Handlungen gesucht.

Abbildung 1: Gemeinschaft und Macht in Wahrnehmung und Verhalten



Was macht Führung und Zusammenarbeit fruchtbar?

Die wachsende Komplexität und der immer größer werdende Bedarf an Wissen verlangen nach Kooperation (rechte Hälfte in Abb. 1). Hätten alle Beteiligten dieselben Ansichten und Interessen, dann wäre Kooperation relativ einfach. Es handelt sich jedoch fast immer um Situationen, bei denen die Ansichten und Interessen der Beteiligten nur zum Teil übereinstimmen oder zueinander passen, zu einem anderen Teil jedoch unterschiedlich bis gegensätzlich sind. Daraus ergeben sich typische und daher viel diskutierte und empirisch intensiv untersuchte Dilemmasituationen: Diejenigen haben zunächst am meisten von der Zusammenarbeit, die kooperative Partner haben, aber selbst nicht kooperativ sind, z.B. wenn sie Unterstützung bekommen, aber für den Anderen dann keine Zeit haben oder Rücksicht verlangen, aber selbst keine Rücksicht nehmen. So ein Verhalten (linke Hälfte in Abb. 1) lässt sich jedoch nicht oft wiederholen, denn die Anderen werden bald aufhören kooperativ zu sein, mit der Folge, dass beide (oft verdeckt) miteinander kämpfen, die Verlierer sich bei nächster Gelegenheit (heimlich) rächen oder aber frustriert auf Minimalarbeit umschalten, so dass am Ende alle Beteiligten viel verlieren anstatt viel zu gewinnen.

Kooperative Führung ist aktive und gemeinschaftsorientierte Einflussnahme (rechts oben in Abb. 1), wobei der oder die Andere ebenfalls Einfluss nehmen kann auf der Basis von Wissen und Rollenerwartungen (rechts oben) als auch sich an die Rollenerwartung des oder der Führenden anpassen kann (rechts unten). In jedem Fall ist wechselseitige Kooperationsbereitschaft die beste Voraussetzung für den Austausch von Wissen und dessen Integration zur Verständigung über situationsangemessene Maßnahmen und deren Umsetzung.

Kooperationsbereitschaft fördert in besonderer Weise das Mitdenken mit dem Anderen und das Einfühlen in seine Situation, was für eine tiefergehende Verständigung notwendig ist. Das Gleiche gilt für Anlernsituationen, wo die Erfahreneren die weniger Erfahrenen beraten und ihnen zeigen, wie es am besten geht; je mehr dies in freundlicher, respektvoller Weise geschieht (oben rechts), umso eher werden sich die Lernenden auch darauf einlassen (unten rechts) und wirklich lernen und damit schnell an Wert für die Gruppe gewinnen.

Kontraproduktiv ist demgegenüber die rücksichtslose Anwendung der eigenen Macht und Durchsetzungsfähigkeit gegen die Ansichten und Interessen der anderen bzw. deren Nichtbeachtung (links oben). Viele Untersuchungen zeigen, dass dies nicht nur zu Machtkämpfen (beide links oben) oder frustriertem Rückzug (links unten) führt und sich das Arbeitsklima verschlechtert, sondern dass darunter auch die Kommunikation und dadurch die Wissensintegration und -produktion leiden, so dass mehr Fehler passieren und die Arbeitsergebnisse insgesamt schlechter werden (Scholl, 1999, 2005, 2012).

Forschungsergebnisse zeigen zudem, dass überlegene Macht dazu verführt, die Ansichten und Interessen der weniger Mächtigen zu missachten und einseitig das durchsetzen, was man für richtig (und seinen Interessen dienend) hält. Mächtigere rechtfertigen das oft mit ihrer größeren Erfahrung und höheren Position, was aber nur dazu führt, dass die Distanz zu den weniger Mächtigen wächst, der Meinungs-austausch leidet und vor allem die Mächtigeren selbst kaum noch etwas aus der Zusammenarbeit lernen. Sie werden schnell kritikresistent und die Untergebenen trauen sich nicht mehr, Informationen und Meinungen vorzutragen, die die Mächtigeren nicht hören wollen. Von den Mächtigeren wird dies allerdings oft gar nicht mehr wahrgenommen, sie werten Ihre Untergebe-

nen ab, „weil die ja viel weniger wissen und können“. Mächtiger reden viel mehr und hören weniger zu als die weniger Mächtigen. Dies gilt besonders im Arzt-Patient-Verhältnis, wo Ärzte bis zu 90 % der Kommunikation bestreiten und Patienten oft unterbrechen, wenn diese schon mal reden.

Wenn man die Patienten in ihrer Gesundung bestmöglich unterstützen, mit der Komplexität der Dinge einigermaßen gut zurecht kommen und ein gutes Arbeitsklima erhalten will, falls das überhaupt geht, wie sollte man dann führen?

Formen kooperativer Führung

Gute und Erfolg versprechende Führung ist am ehesten in der Kombination von aktiver wechselseitiger Einflussnahme und Kooperation, d.h. mit Einstellungen und Verhaltensweisen im Schnittpunkt von Gemeinschaft und Macht zu erreichen. Dazu gehört an erster Stelle mehr und gezieltere Kommunikation in einer Art und Weise, die den kooperativen und respektvollen Umgang miteinander für alle deutlich macht und stilbildend wirkt; das ist vor allem an der Spitze der Organisation wichtig, weil es dann auf die ganze Organisation ausstrahlt. Persönliche Gespräche von Angesicht zu Angesicht in wichtigen Situationen ebenso wie in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen sind ein wichtiges Führungsmittel. In gemeinsamen Besprechungen achtet der oder die Vorgesetzte einerseits auf die jeweiligen Prioritäten, dominiert aber andererseits nicht mit eigenen Ansagen die Besprechung, sondern hört erst einmal zu. Weiter gehört dazu „führen lassen“, d.h. verantwortungsvolle Delegation, für die Mitarbeiter qualifiziert werden, um dann wichtige Arbeiten selbstständig erledigen zu können („Empowerment“).

Wichtig ist schließlich auch die Bereitschaft „sich führen zu lassen“, wenn andere mehr wissen und können. Die Nagelprobe kooperativer Führung entsteht bei Konflikten aufgrund unter-

schiedlicher Ansichten und Interessen: Konflikte sind oft unvermeidbar und zum Teil auch nützlich, weil sie Probleme aufdecken, die den Erfolg beeinträchtigen. Vorgesetzte denken bei Konflikten oft, sie müssten Recht behalten und sich gegen ihre Mitarbeiter durchsetzen, das gehöre zu ihrer Rolle. Sinnvoll ist jedoch eine konstruktive Konfliktbehandlung (Fisher et al., 2009), die sich ebenfalls als wechselseitige Einflussnahme zur Findung eines gemeinsam akzeptierbaren Weges beschreiben lässt (rechts oben). Hilfreich sind da sowohl eigene Trainings in Konfliktbehandlung als ggf. auch die Einschaltung von Personen mit einer Zusatzausbildung als Mediator/in, weil Sachkonflikte leicht in persönliche Konflikte umschlagen und zur Eskalation führen, bei der dann noch mehr kaputt geht, ohne dass brauchbare Lösungen dabei herauskommen.

Einige Testfragen zur kooperativen Führung kann sich jeder Vorgesetzte im Alltag selbst stellen:

- Wie ist die Stimmung in der Gruppe, Abteilung oder Organisation? Sehen die Menschen eher zuversichtlich aus und haben einen fröhlichen Gesprächston oder ist die Atmosphäre gedrückt und es wird wenig geredet?
- Wird schlecht über andere Menschen geredet, macht man sich über einige lustig, versuchen Mitarbeiter sich gegenseitig auszustechen oder sich in den Vordergrund zu spielen?
- Herrscht ein offener Umgangston? Gibt es kontroverse Meinungen, wird auch dem Chef widersprochen, ohne dass jemand ängstlich schaut? Wird konstruktives Feedback immer wieder gesucht und gegeben? Oder werden Meinungen und Vorschläge gleich kritisiert, bevor man sie noch richtig durchdenken kann?
- Steigt bei mir in Auseinandersetzungen die Wut hoch und zieht meine Gedanken hin zur Frage von Sieg oder Niederlage? Schaffe ich es da, die

Auseinandersetzung zu unterbrechen und Gemeinschaft wieder fühlbar zu machen? Kann ich mich in die Lage des Anderen so versetzen, dass er sich verstanden fühlt und es mir zeigt?

- Werden Mitarbeiter auch in Situationen aktiv, die normalerweise auf höherer Ebene geregelt werden oder die nicht zu ihrer unmittelbaren Aufgabe gehören, decken Probleme auf, machen Vorschläge zu ihrer Behebung oder greifen in kritischen Situationen direkt ein?

Diese Liste ließe sich noch erheblich verlängern, aber das ersetzt nicht die praktische Einübung; die Kenntnis guter Ansätze reicht nicht aus, erst wenn das Können über entsprechende Erfahrungen dazu kommt, können sie ihre positive Wirkung entfalten.

Verfasser:

Prof. i. R. Dr. phil. Wolfgang Scholl
Humboldt-Universität

Literatur

- Fisher, R., Ury, W. & Patton, B. M. (2009). Das Harvard-Konzept. Sachgerecht verhandeln - erfolgreich verhandeln (23. Aufl.). Frankfurt: Campus.
- Neuberger, O. (1995). Führen und geführt werden (5. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Scholl, W. (1999). Restrictive control and information pathologies in organizations. *Journal of Social Issues*, 55, 101-118.
- Scholl, W. (2005). Grundprobleme der Teamarbeit und ihre Bewältigung - Ein Kausalmodell. In M. Högl & H. G. Gemünden (Hrsg.), *Management von Teams. Theoretische Konzepte und empirische Befunde* (3. Aufl., S. 33-66). Wiesbaden: Gabler.
- Scholl, W. (2012). Machtausübung oder Einflussnahme: Die zwei Gesichter der Machtnutzung. In B. Knoblauch, T. Oltmanns, I. Hajnal & D. Fink (Hrsg.), *Macht in Unternehmen - Der vergessene Faktor* (S. 203-221). Wiesbaden: Gabler.
- Scholl, W. (2013). The socio-emotional basis of human interaction and communication. *How we construct our social world. Social Science Information*, 52 (1).



Foto: privat

Dr. med. Bettina Steinmüller

BÄ: Sie haben das Intensivprogramm der ÄKB „Ärztliche Führung“ nach dem Curriculum der BÄK besucht. Empfehlen Sie diesen Führungskurs weiter?

Steinmüller: Unbedingt! Ich habe schon ganz viel Reklame dafür gemacht. Die Paul Gerhardt Diakonie hat den Führungskurs mit einem dreitägigen Sonderprogramm ergänzt, unter anderem zum Thema Führungsgrundsätze des Unternehmens, wertorientiertes Führen und Mitarbeiterjahresgespräche.

Was hat Sie an dem Kurs überzeugt?

Ich habe in den letzten Jahren schon sehr viele unterschiedliche Führungskurse besucht, aus denen ich jede Menge Theorie und Tricks mitgenommen habe. Das Besondere an dem Ärztekammerkurs war im Unterschied dazu, dass er relativ wenig Theorie, dafür aber sehr viel praktisches Tun mit einem hohen Lerneffekt beinhaltet („Learning by Doing“). Von den Kursteilnehmerinnen und -teilnehmern wird viel Aktivität gefordert. Für mich war das Erspüren in den Rollenspielen wichtig. Es gibt ja das weitverbreitete Vorurteil, Rollenspiele seien gruselig. Zunächst hatten wir auch Vorbehalte, aber dann machten die Rollenspiele der Gruppe viel Spaß. Es ergaben sich wirklich nachhaltige Aha-Effekte.

Können Sie bitte einige Beispiele schildern?

„Es wird viel Aktivität gefordert“

Interview mit Dr. med. Bettina Steinmüller, Chefärztin der Klinik für Innere Medizin II / Akut-Geriatrie im Evangelischen Waldkrankenhaus (Verbund der Paul Gerhard Diakonie), zum Kurs „Ärztliche Führung“ der Ärztekammer Berlin

Wir haben die unterschiedlichen Führungsstile miteinander durchgespielt, indem wir Gruppen gebildet haben, die mal die Führenden und mal die zu Führenden waren. Das Szenario war für den sportlichen Bereich entworfen: eine Rugby-Mannschaft. Der Vorstand der Mannschaft wollte den pünktlichen Trainingsbeginn bei den Spielern durchsetzen und die Fehlzeiten verringern. Der Kursleiter gab den jeweiligen Gruppen klare Instruktionen über das Ziel der Interessen und die Strategie der Durchsetzung. Das Erfühlen der unterschiedlichen Positionen zeigt mehr Nachhaltigkeit als die bloße Mitteilung über den kommunikativen, den partizipierenden und den kritischen Führungsstil. Beeindruckend für mich war auch die Aufgabe, eine Gesprächssituation mit einem schwierigen Mitarbeiter zu entwickeln, die per Video gefilmt wurde. Die Kursteilnehmer haben sich gegenseitig gecoacht und auch der Dozent hat noch mal Hinweise gegeben. Am nächsten Tag hat jeder von uns das gleiche Gespräch erneut vor laufender Kamera geführt. Das Ergebnis war für uns alle unglaublich überzeugend: Das gleiche Gespräch mit dem gleichen Inhalt kann völlig unterschiedlich laufen.

Die Teilnehmer haben sich gecoacht?

Ja, dadurch ist das eingetreten, was ich schon als Schülerin kennengelernt habe, als ich anderen in Französisch Nachhilfeunterricht gegeben habe: Ich selbst habe dabei am meisten gelernt. Dieser Effekt war in dem Führungskurs auch deutlich zu spüren. Wir waren dabei alle auf einer Augenhöhe, egal ob Oberarzt, Chefarzt oder niedergelassener Kollege, und wir haben alle schon Erfahrungen und auch unsere Fehler in der Führung von Mitarbeitern gemacht. Tröstend,

spannend und ermutigend war für mich die Erkenntnis, dass die Anderen vergleichbare Probleme, wenn nicht gar gleiche Problemsituationen zu bewältigen hatten. Das waren gute Ausgangsbedingungen zum gemeinsamen Erlernen, wie schon erfahrene Grenzen überwunden werden können. Dennoch muss ich betonen: Den Kurs „Ärztliche Führung“ zu machen, bedeutet nicht, mit einem grünen Hemd reinzugehen und mit einem blauen rauszukommen. Es geht vor allem um Nuancen und Feinheiten, die durch die konkrete Anwendung zu mehr Authentizität der eigenen Persönlichkeit führen.

Was hat Sie motiviert, den Kurs „Ärztliche Führung“ zu besuchen?

Ich denke, das Führenlernen ein Prozess ist, der nie aufhört. Natürlich habe ich in den Jahren meiner Führungstätigkeit Sicherheit gewonnen, dennoch gibt es immer wieder Situationen, in denen es sich für mich anfühlt, als könnte ich noch elegantere Lösungen finden. Mir macht es Freude, an mir zu arbeiten und mich weiter zu entwickeln. Den Erfolg sehe ich bei und mit meinen Mitarbeitern in der Abteilung. Mein Streben nach guter Führung trägt, glaube ich, zum guten Betriebsklima und zur Mitarbeiterzufriedenheit bei. Damit wiederum fühle ich mich selbst einfach wohler und glücklicher.

Was haben Sie über die Situationen in anderen Häusern erfahren?

Mich hat erstaunt, unter welchen Bedingungen mit fraglichen Konzernvorgaben, schwierigen Geschäftsführern und ungebremstem Machtfaktor andere Kolleginnen und Kollegen zum Teil arbeiten müssen. Es war für mich berei-

chernd, mit Ärzten in Kontakt zu kommen, die nicht im selben Unternehmensverbund tätig sind, sondern zum Beispiel in den Bereichen Universitätsmedizin, ambulante Gemeinschaftspraxis oder auch in der Ärztekammer Berlin. Dadurch habe ich von Problemen auf der Führungsebene in unterschiedlichen Institutionen gehört, die mir zwar im Detail bisher so nicht bekannt waren, aber sich in der Struktur doch ähneln. Im Grunde „menschelt“ es überall gleich, wenn Führende und zu Führende im Team zusammenarbeiten. Ich habe durch den Austausch mit den anderen Kursteilnehmern meine These bestätigt gefunden, dass eine gute Führungskraft überall führen kann, egal ob in

der Klinik oder in der Schraubenfirma: Voraussetzung ist eine ausgeprägte Führungskompetenz.

Auf welche Primäreigenschaften beziehen Sie sich?

Für mich ist hohe Führungsqualität ein Zusammenspiel von fachlicher Kompetenz, Empathie, Wahrnehmung der Mitarbeiter und ihrer Bedürfnisse, Einsatz für Mitarbeiterbelange, Förderung ihrer Stärken, die Fähigkeit, den Mitarbeitern die wirtschaftlichen Zwänge und Vorgaben zu vermitteln, Gerechtigkeit und auch Grenzensetzenkönnen.

Wissen Sie nach dem Kurs noch besser um Ihre Stärken und Schwächen?

Ja, ich weiß jetzt ganz konkret, wo ich noch Entwicklungspotenziale habe. Allein auch dadurch, dass ich mich und die anderen Teilnehmer dabei beobachten konnte, was wir in den Rollenspielen anfangs falsch und später dann richtig gemacht haben. Bei einigen Dingen ist es einfach notwendig, sie zu üben. Ich denke da zum Beispiel daran, Lob auszusprechen. Das klingt so einfach, aber jemandem zu sagen, dass er einen super Job macht, ist anfangs nicht leicht über die Lippen zu bringen. Einige Instrumente habe ich inzwischen verinnerlicht, die sich zunächst ungelenkt anfühlten und erst beim häufigeren Wiederholen glaubhafter werden, um dann unmittelbar zur Verfügung stehen.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel

Paul Gerhardt-Diakonie: High-Potential-Förderung mit dem Intensivprogramm „Ärztliche Führung“

„**Potenziale entwickeln – Zukunft gestalten**“: Unter diesem Titel hat die Paul Gerhardt Diakonie e.V., Berlin und Wittenberg, größter konfessioneller Gesundheitsdienstleister in der Region Berlin und Sachsen-Anhalt, im Jahr 2010 die „Personalstrategie 2015“ verabschiedet. Angesichts der zunehmenden Komplexität von Führungsaufgaben im Krankenhaus, dem wachsenden Fachkräftemangel auch in der Metropolregion Berlin sowie der erfolgskritischen Bedeutung guter Führung für das Erreichen anspruchsvoller Leistungsziele bildet die Führungskräfteentwicklung und Potentialförderung ein zentrales Handlungsfeld moderner Unternehmensführung. Realisiert wurden seitdem unter anderem die Einführung von Führungsgrundsätzen, ein Pilot für ein Führungsfeedbacksystem, ein zertifizierter Coaching-Pool und ein verbindliches Kursangebot „Neu in Führungsverantwortung“. Hoch

priorisiert wurde zudem ein High-Potential-Programm zur Bindung und Förderung aufstrebender TOP-Führungskräfte insbesondere im Ärztlichen Dienst.

Seit 2012 kooperieren die Paul Gerhardt Diakonie-Akademie und die Ärztekammer Berlin mit dem Ziel, das bewährte und hochattraktive Intensivprogramm „Ärztliche Führung“ der Berliner Ärztekammer mit der internen Karriereförderung im ärztlichen Dienst der Paul Gerhardt Diakonie zu verzahnen.

Der Intensivkurs der ÄK Berlin wird im Rahmen der Kooperation ergänzt um zwei Module zur vertieften Einführung in das Führungsverständnis und die Führungsinstrumente der Paul Gerhardt Diakonie. Ärzte aus der Paul Gerhardt Diakonie, die von dem Geschäftsführer ihres Krankenhauses für die Teilnahme vorgeschlagen werden, erhalten mit dem Kurs neben einer exzellenten

Fortbildung – die dank der Dozenten der ÄK Berlin beste Rückmeldungen erzielt – auch die Chance, mit Führungskräften anderer Einrichtungen in Austausch zu kommen und sich zugleich unternehmensintern als Gruppe zu finden.

Die unternehmensinternen Zusatzmodule vermitteln spezifisches Wissen zur Werteorientierung und diakonischen Kultur sowie zu den Personalführungsinstrumenten des Unternehmens. Dialogeinheiten mit Vorstand und Geschäftsführungen im schönen Ambiente der Ev. Bildungsstätte auf Schwanenwerder runden das Programm ab, so dass den Teilnehmenden neben dem Zertifikat der Ärztekammer auch die Wertschätzung der Unternehmensleitung sicher ist – aus Sicht der Paul Gerhardt Diakonie ein Erfolgsmodell.

Veronika Drews-Galle
Paul-Gerhardt-Diakonie e.V.

ÄRZTLICHE FÜHRUNG

Das Seminar richtet sich vor allem an Oberärztinnen und Oberärzte aus Krankenhäusern sowie an Ärztinnen und Ärzte mit leitender Funktion in anderen größeren Einrichtungen der Patientenversorgung wie z.B. MVZ.

TERMINE:

Modul 1 Die Praxis des Führens
Do. 25.04. – 27.04.2013

Modul 2 Führen als interaktiver
Prozess
Do. 06.06. – 08.06.2013

Modul 3 Veränderungsprozesse
managen
Gesundheitspolitischer
Rahmen
Betriebswirtschaftl.
Steuerung
Do. 19.09. – 21.09.2013

Modul 4 Transfer: Sicherung des
eigenen Konzepts
Fr. 13.12.2013

Veranstalter:
Ärzttekammer Berlin

Kursleitung:
Priv.-Doz. Dr. Peter Berchtold

Ort:
Evangelische Bildungsstätte auf
Schwanenwerder/Berlin

Ansprechpartnerinnen:
Anke Andresen-Langholz
Tel.: 030 - 40806 1301

Organisation und Unterlagen
Angelika Mindel-Hennies
Tel.: 030 - 40806 1405

Fragen zum Inhalt
E-Mail:
aerztliche-fuehrung2013@aekb.de

leaDrship

Ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik, eine Praxis oder ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: Wie vereint man Arzt und „Manager“-Sein? Wie können ärztliche Überzeugungen und organisationsrelevante Anforderungen miteinander in Einklang gebracht und die eigenen Ansprüche als Führungskraft wirkungsvoll umgesetzt werden?

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen.

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es 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. In 2013 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz. Bei abendlichen Kamingsgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.



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
■ 07.01.–16.01.2013 (Kursteil C1) 16.01.–25.01.2013 (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
■ 15.02.–16.02.2013 (Teil A) 15.03.–16.03.2013 (Teil B) 19.04.–20.04.2013 (Teil C) 31.05.–01.06.2013 (Teil D)	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in 4 Modulen	DRK-Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Straße 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel. 40806-1301/ -1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 160 € / Kursteil	12 P pro Kursteil
■ 25.02.–27.02.2013	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: 270 €	21 P
■ 27.02.–01.03.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-Gebühr: 240 €	20 P
■ 28.02.–02.03.2013 und 14.03.–16.03.2013	Qualitätsbeauftragte/r in der Hämotherapie nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (40-h Kurs) (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Teilnehmergebühr: 750 €	40 P
■ 08.03.2013	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß FeV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 08.03.–09.03.2013	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 8)	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
■ 08.04.–10.04.2013	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 13.04.2013	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 25.04.–27.04.2013 / 06.06.–08.06.2013 / 19.09.–21.09.2013 / 13.12.2013	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 23)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806 -1405 / -1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2013@aekb.de	80 P
■ 14.05.2013 15.05.2013	Spezialkurs im Strahlenschutz – bei interventioneller Radiologie – 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: jeweils 155 €	jeweils 9 P

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Breaking Bad News

Die Übermittlung schlechter Nachrichten in der Medizin gehört zu den größten Herausforderungen und Belastungen in der Interaktion zwischen Ärzten und ihren Patienten sowie Angehörigen.

Jeder Arzt, jede Ärztin, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufchieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient / Patientin hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team: Die Arbeitszufriedenheit ist erhöht und das Risiko von „burnout“ und Depressionen vermindert.

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten an für (Erst-) Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfnale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Termin: Freitag 18.01.2013 – Samstag 19.01.2013

Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: Tel.: 40806-1409, E-Mail: s.zippel@aekb.de

(Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt)

Inhaltliches: Dr. med. B. Hoffmann, Abt. Fortbildung / Qualitätssicherung

Tel. 40806-1400, E-Mail: b.hoffmann@aekb.de

290 Euro, 17 Fortbildungspunkte..

Berliner Notdienst Kinderschutz – für wen ist er da und wie wird dort gearbeitet?

Eine „vor Ort“-Einführung in die Arbeitsweise des Berliner Notdienstes Kinderschutz

Nach Experteneinschätzung dürfte der Berliner Notdienst Kinderschutz vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht.

Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt und vertraut zu machen. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

Referent/-innen: Beate Köhn, Dipl.-Sozialpädagogin; Supervisorin / Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 20. Februar 2013, 15:00 - 16:30 Uhr

Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung ist kostenlos. Zur Wahrung des interaktiven Charakters ist die Teilnehmerzahl auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten in der Ärztekammer Berlin: Telefon: 030 / 40 80 6-12 07 oder E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

„Grundlagen der medizinischen Begutachtung“

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigen Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab März 2013 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ 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: 22. - 23.03.2013 / Modul II: 19. - 20.04.2013

Modul III: 03. - 04.05.2013

(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: 400 Euro / 45 Fortbildungspunkte (15 pro Modul)

Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 / 40 80 6-1203, E-Mail: begutachtung@aekb.de

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 2013 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 18.02.-23.02.2013 / Woche 2: 15.04.-20.04.2013 / Woche 3: 03.06.-08.06.2013 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 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-Kurs2013@aekb.de

www.berliner-aerzte.net!

1. Unabhängiger ÄKB-Fortbildungskongress wird voller Erfolg

Den Überblick über die tägliche Informationsflut zu behalten und dabei auch noch ihre Unabhängigkeit und ihren Nutzen für den Patienten zu beurteilen, wird zunehmend zu einer Herausforderung. Mit dem 1. Unabhängigen Fortbildungskongress hat die Ärztekammer Berlin Ärztinnen und Ärzten eine solche Orientierung gegeben.

Angesichts der täglichen Informationsflut wächst die Bedeutung von sauberem Wissen und von der Fortbildung, die dieses vermitteln kann. Allerdings machen Ärztinnen und Ärzte immer wieder die Erfahrung, dass pharmazeutische Unternehmen und die Medizinproduktehersteller eine Vielzahl von ärztlichen Fortbildungsmaßnahmen finanzieren und entsprechenden Einfluss auf die Inhalte ausüben. Dabei erhält die Produktwerbung oftmals Priorität, die evidenzbasierte Information über neue Arzneimittel rückt dagegen in den Hintergrund.

Mit dem 1. Unabhängigen Fortbildungskongress am 1. Dezember wollte die Ärztekammer Berlin gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit geben, sich in ausgewählten Themengebieten, frei von wirtschaftlichen Interessen Dritter, auf höchstem Niveau und in ansprechender Weise über Entwicklungen und den aktuellen Stand der gesicherten medizinischen und ärztli-

chen Erkenntnis zu Problemen der Patientenversorgung zu informieren und auszutauschen.

„Wir Ärzte sind darauf angewiesen, unser Handeln auf ‚saubere[m] Wissen‘ begründen zu können“, sagte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, bei der Eröffnung des Fortbildungskongresses. Er kündigte an, den Kongress perspektivisch zu einer Kongressreihe auszubauen und als Quelle unabhängigen und relevanten Wissens dauerhaft im Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin verankern zu wollen.

Unabhängige Fortbildung stärken

Rund 16.000 Fortbildungsveranstaltungen zertifiziert die Ärztekammer Berlin jährlich. „Zahlen darüber, wie viele Veranstaltungen gesponsert waren, haben wir aktuell für die fortbildungsintensiven Monate März und September generiert“, erklärte Vorsitzender des ÄKB-Fortbildungsausschusses, Dr. Matthias Brockstedt.

Demnach waren im März 2012 12,3 Prozent der 1524 zertifizierten Fortbildungen gesponsert, im September 15,8 Prozent von 1469 Veranstaltungen. Dennoch gab Brockstedt angesichts dieser Zahlen keine Entwarnung. Die Tat-

sache, dass das Gros der Fortbildungen nicht gesponsert ist, muss nicht bedeuten, dass sie auch wirklich unabhängig waren, gab der Experte zu bedenken.

Der entscheidende Punkt sei dabei, dass diese gesponserten Fortbildungsveranstaltungen zu besonders günstigen Zeitpunkten, z.B. bei Kongressen, Jahrestagungen der Fachgesellschaften oder schlicht Mittwochnachmittag oder samstags, stattfinden. Dann steigt ihre Zahl in Berlin auf 46 Prozent. „Die Pharmaindustrie rechnet sich genau aus, wann die meisten Ärzte kommen“, sagte Brockstedt. Hier sieht der Fortbildungsexperte Handlungsbedarf.

Um die Unabhängigkeit der ärztlichen Fortbildung weiter zu stärken, will die Ärztekammer Berlin mit Unterstützung vieler anderer Landesärztekammern auf dem Deutschen Ärztetag 2013 eine Neuformulierung des § 8 der Musterfortbildungsordnung erreichen. Der Paragraph zur Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildung sollte demnach so lauten: „Zur Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen wird festgehalten, dass die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenskonflikte des Veranstalters und der Referenten offen gelegt werden“. Im § 8 Abs. 3 wird es noch ausgeführt: „Die wissenschaftliche Leiterin oder Leiter einer Veranstaltung muss darüber hinaus selbst Auskunft über mögliche Interessenskonflikte vorlegen“. Bisher ist dies nicht verpflichtend.

„Die formale Vorschrift gäbe der Ärztekammer außerdem die Möglichkeit, bei Verstoß gegen das Gebot der Unabhängigkeit, tätig zu werden“, erklärte Brockstedt. Sollte der Vorstoß der Berliner Ärztekammer auf dem Deutschen Ärztetag ins Leere laufen, werde der Passus nach Angaben des Vorsitzenden des ÄKB-Fortbildungsausschusses eben in die Berliner Fortbildungsordnung aufgenommen.

Leitlinien-Autoren haben oft Interessenkonflikte

„Indem die Ärzteschaft für sich selber Leitplanken formuliert, unterstreicht sie ihren Willen zur Unabhängigkeit und Glaubwürdigkeit“, sagte der Vorsitzende



Fotos: K. Friedrich

Andrea Siebenhofer-Kroitzsch erklärte neue Antikoagulantien.

der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Professor Wolf-Dieter Ludwig. Zwar gebe es in Deutschland bereits einige „Leitplanken“ wie die Charta zur ärztlichen Berufsethik sowie Vorschriften der Musterberufsordnung und des SGB V. Allerdings bestehen bei allen nach Meinung des Experten Bekanntheits- und Vollzugsdefizite.

Die Unabhängigkeit der Autoren von klinischen Leitlinien stellt aus Sicht von Ludwig eine besondere Herausforderung dar. Eine Auswertung einer Vielzahl von Leitlinien hat ergeben, dass viele Autoren Interessenkonflikte haben. Ein weiteres mögliches Indiz: Im Ausmaß der Empfehlung einer Therapie besteht offenbar unter Autoren verschiedener Leitlinien Uneinigkeit. Zu diesem Ergebnis kam Professor Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, stellvertretende Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt, als sie in sieben Leitlinien, die vorwiegend in diesem Jahr publiziert wurden, den Empfehlungsgrad für neuen Antikoagulanzen (NOAC) analysierte. Bei jeweils drei von sieben untersuchten Leitlinien fiel die Empfehlung mittelmäßig oder zurückhaltend aus. In einer Leitlinie werden die neuen Antikoagulanzen als Mittel erster Wahl deklariert.

Objektives Wissen nur mit großem Zeitaufwand?

Die Objektivität des Wissens korreliert direkt mit der investierten Zeit, meinte Siebenhofer-Kroitzsch. Schnell bekomme man beispielsweise Informationen durch Angaben der Pharmaindustrie, Veröffentlichungen in Streuzeitschriften und anderen Medien sowie durch Stellungnahmen der so genannten Key Opinion Leader.

„Um ganz sicher zu gehen, müsste man eigentlich die Originalarbeit lesen, schon vorhandene Ergebnisse recherchieren und miteinander vergleichen“, sagte Siebenhofer-Kroitzsch. Bei der Lektüre sollten zentrale Fragen berücksichtigt werden: Welches Studiendesign liegt vor und warum wurde es gewählt? Als Goldstandard der klinischen Prüfung gilt – wenn möglich – die placebo- oder vergleichspräparatkontrollierte, doppelblinde, randomisierte

Studie (Randomisedcontrolled trial). Der Arzt sollte außerdem darauf achten, ob die Einschlusskriterien der Studienpopulation genannt und die verschiedenen Patientengruppen auch wirklich miteinander vergleichbar sind – z. B. hinsichtlich Alter, Krankheitsstadium oder Begleiterkrankungen. Schlussendlich sollte sich ein Arzt fragen, welche klinische Relevanz und welchen Nutzen das Ergebnis für seinen Patienten hat. Allerdings sei der zeitliche Aufwand für eine umfassende Recherche und Lektüre im Arbeitsalltag häufig nicht zu bewältigen, findet Siebenhofer-Kroitzsch. Dennoch gebe es auch zeitsparendere Wege, annoncefreie und transparente Informationen zu erhalten.



AkdÄ-Vorsitzender Ludwig und Kammerpräsident Jonitz (r.) hatten gemeinsam eingeladen.

ANZEIGE

Unabhängige Einrichtungen, etwa das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) prüfen den Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen und bereiten diese in Form von Berichten, Dossierbewertungen oder allgemeinverständlichen Informationen auf. Nach Ansicht der Expertin eignen sich aber auch unabhängige Veröffentlichungen wie das Arzneitelegramm für die Beschaffung validen Wissens.

Über Sinn und Unsinn personalisierter Medizin

Kaum ein Begriff erweckt so viele Hoffnungen und wird so katastrophal missbraucht wie Personalisierte Medizin. Eine maßgeschneiderte Therapie für jeden Patienten lautet die euphorische Losung. „Dies ist aber keineswegs der Fall“, sagte Professor Petra Thürmann, Direktorin des Philipp-Klee-Instituts für klinische Pharmakologie am Helios Klinikum Wuppertal. Deshalb brauchen sowohl Patienten als auch Ärzte unabhängige und valide Informationen über den Sinn und Unsinn von Genotypisierungen.

In Wirklichkeit handelt es sich bei dem, was man in der Öffentlichkeit als personalisierte Medizin bezeichnet, laut Thürmann, um stratifizierte Medizin. Dabei werden ganze Patientengruppen definiert, sogenannte Strata, die sich durch gewisse Eigenschaften auszeichnen, um diese dann gezielt zu behandeln.

In der Tat kann die auf der Basis von Biomarkern stratifizierende Medizin auch be-

reits einige Erfolge vorweisen. Dennoch steht man erst am Anfang eines langen Weges. Dies wurde beim Vortrag von Petra Thürmann auf dem 1. Unabhängigen Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin deutlich.

Die Hoffnung, Medikamente und Therapien zielgerichteter einsetzen zu können, beruht auf der Tatsache, dass viele Arzneimittel über sogenannte Cytochrome abgebaut werden. Wenn ein Mensch also ein bestimmtes Enzym nicht oder eingeschränkt produziert, steigt die Gefahr von Nebenwirkungen oder der Patient spricht auf die Therapie nicht oder nur sehr schwach an.

Wenn man nun feststellen kann, ob der eigene Patient gut auf eine Therapie anspricht oder nicht, sollte der Arzt dann in jedem Fall eine Genotypisierung veranlassen? „Leider ist es nicht so einfach“, dämpfte Thürmann die Erwartungen. Jeder Arzt müsse sich genau informieren, bei welcher Indikation eine Genotypisierung tatsächlich wertvolle Informationen liefert.

Während eine Genotypisierung vor Gabe einiger weniger Arzneimitteln, wie beispielsweise Herceptin bei Brustkrebs oder Abacavir bei HIV, gerechtfertigt sei, sei der Nutzen bei der Mehrheit umstritten. Dazu gehört auch Tamoxifen, das zur Rezidivprophylaxe bei Brustkrebs eingesetzt wird.

Das Medikament wird laut Thürmann zwar als Tamoxifen geschluckt, muss aber über das Enzym CYP2D6 in das Endoxifen metabolisiert werden. Knapp 10 Prozent der Frauen haben das Enzym nicht. Eine

klare Indikation für eine Genotypisierung sollte man meinen.

„Der CYP2D6 Test ist nicht trivial, zahlreiche Varianten müssen getestet werden“, erläuterte die Pharmakologie-Expertin. Davon abgesehen sei auch die Interpretation der Ergebnisse sehr komplex. Was noch erschwerend hinzu kommt, ist die Erfahrung, dass auch andere Enzyme Tamoxifen in das Endoxifen metabolisieren können. Aus diesen Gründen riet die Expertin von der Durchführung des Tests ab. „Sonst haben Sie als Arzt und auch Ihr Patient eine Information, die weder Sie noch ein anderer Experte interpretieren kann“, warnte Thürmann.

Wo bekommen die Ärzte aber zuverlässige und valide Informationen zur personalisierten Medizin? Thürmann stellte die Seite der US Food and Drug Administration (FDA) heraus (<http://www.fda.gov/Drugs/ScienceResearch/ResearchAreas/Pharmacogenetics/ucmo83378.htm>): „Es ist eine immer aktualisierte und sehr kritische Website, die erklärt, wann es sich wirklich lohnt, eine Genotypisierung durchzuführen“. Eine andere empfehlenswerte und gut gepflegte Plattform sei Pharmgkb (www.pharmgkb.org). Die Pharmakologie-Expertin betonte die Notwendigkeit, solche unabhängigen Informationsquellen sowohl Ärzten als auch Patienten auch in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen.

Auch bei anderen Erkrankungen, wie z.B. bei Vorhofflimmern, muss sich der Arzt genau überlegen und sich ggf. informieren, welche Therapie zu seinem Patienten wirklich passt. „Kein Antiarrhythmikum ist für alle Patienten geeignet“, warnte Dr. Bernhard Zrenner, Chefarzt am Krankenhaus Landshut-Achdorf. Besondere Vorsicht sei bei Patienten mit Herzinsuffizienz geboten. Er empfahl, auch die Ablationstherapie als Alternative in Betracht zu ziehen.

Die Macht der Statistik

Professor Gerd Gigerenzer, Direktor am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung sowie Direktor des Harding Zentrums für Risikokompetenz, hat mehrere Ursachen für unsauberes Wissen ausgemacht, dar-



Bildungsforscher Gerd Gigerenzer klärte über relative und absolute Risiken auf.

unter mangelndes Verständnis der Ärzte von statistischer Evidenz. Allerdings räumt er aber auch ein, dass Risiken und Wahrscheinlichkeiten oft so dargestellt werden, dass es schwer fällt, sie zu verstehen.

Gigerenzer nannte ein anschauliches Beispiel: Mitte der 1990er Jahre hat eine Studie gezeigt, dass die Antibaby-Pille der 3. Generation, das Risiko für eine Thrombose um 100 Prozent erhöht. So wurde es auch in den britischen Medien kommuniziert. Verunsicherte Frauen wechselten daraufhin die Verhütungsmethode oder hörten auf, die Pille zu nehmen. In dem darauffolgenden Jahr stieg die Zahl der ungewollten Schwangerschaften und führte zu geschätzt 13.000 zusätzlichen Abtreibungen.

Was hat die Studie aber tatsächlich gezeigt? Betrachtet man die absoluten Zahlen, ergibt sich, dass während bei den Antibaby-Pillen der zweiten Generation von 7000 Frauen eine Frau eine Thromboembolie erlitten hat, waren es bei der neuen Pillengeneration zwei von 7000. Ein Anstieg um 100 Prozent, wenn man das relative Risiko betrachtet. Ein Anstieg um 1 von 7000, wenn man es in absoluten Zahlen ausdrückt. „Wäre das so kommuniziert worden, hätten die Frauen dafür höchstens ein müdes Lächeln übrig gehabt“, ist Gigerenzer überzeugt.

Häufig würden beispielsweise potenzielle Vorteile in Form von relativen Risiken angegeben, potenzielle Nachteile dagegen in der Form absoluter Risiken. Das lässt Vorteile größer und Nachteile kleiner erscheinen. Einer Untersuchung zufolge ist dies in einem Drittel aller Publikationen in den angesehenen medizinischen Zeitschriften der Fall. „So etwas müssen Ärzte erkennen können“, sagte der Wissenschaftler. Tun sie aber oftmals nicht.

Fünfjahresüberlebensrate mit geringem Aussagewert

Das nächste Problem: Was genau zeigen Überlebensraten und Mortalitätsraten und wie hoch ist der jeweilige Aussagewert? Auch dafür hat Gigerenzer ein Beispiel parat: Rudy Giuliani, der ehemalige Bürgermeister von New York, sagte im Jahre 2007 während seines Wahlkampfes

zum Präsidenten der USA: „Vor fünf, sechs Jahren hatte ich Prostatakrebs. (...) Meine Chance, Prostatakrebs in Amerika zu überleben, beträgt 82 Prozent. Meine Chance, Prostatakrebs in Großbritannien zu überleben ist gerade mal 44 Prozent(...)“

Die von Giuliani präsentierten Prozentwerte waren die damaligen Fünfjahresüberlebensraten. „Häufig werden steigende Fünfjahresüberlebensraten mit sinkenden Sterblichkeitsraten gleichgesetzt und dann als untrügliches Zeichen für den Erfolg von Früherkennung im Kampf gegen Krebs gewertet“, kritisierte der Wissenschaftler. Diese Annahme sei jedoch schlicht falsch.

Gigerenzer warnte davor, eine Überlebensstatistik als valides Maß für Vergleiche von Gruppen, deren Erkrankung unterschiedlich diagnostiziert wurde (Früherkennung vs. Symptome), zu nehmen. Das ist in zwei systematischen Verzerrungen begründet: dem „Vorlaufzeit-Bias“ und dem „Überdiagnose-Bias“. Das „Vorlaufzeit-Bias“ entsteht z.B. dadurch, dass ein Screening den Diagnosezeitpunkt lediglich vorverlegt und sich die Überlebenszeit so nur scheinbar verlängert, erklärte Gigerenzer. Da durch die Früherkennung auch sehr langsam wachsende oder nichtprogressive Tumoren mit in die Überlebensstatistik einbezogen werden, kommt es überdies zum „Überdiagnose-Bias“. Deshalb ist die Fünfjahresüberlebensrate nach Ansicht des Experten nicht geeignet, den Effekt von Früherkennung einzuschätzen.

„Dieser Sachverhalt ist Ärzten oft nicht bekannt“, weiß Gigerenzer. Er stellte die Ergebnisse einer eigenen Studie, bei der 65 Internisten zu ihrem Verständnis von Fünfjahresüberlebensraten befragt wurden, vor. Das Ergebnis: 79 Prozent der Ärzte würden anhand der Fünfjahresüberlebensraten die Wirksamkeit eines Screenings beurteilen. Nur 5 Prozent gaben an, sich bei der Beurteilung an den Mortalitätsraten zu orientieren. Nur zwei von 65 Ärzten konnten erklären, was „Vorlaufzeit-Bias“ ist. Bei „Überdiagnose-Bias“ konnte es keiner. Die Erklärung des Experten für die kollektive statistische Unbildung: „Ärzte haben keine adäquate Ausbildung im Verständnis von Risiken und Unsicherheiten, weder



Angeregter Austausch unter den Kongressteilnehmern.

während des Studiums noch in späteren Fortbildungen.“ Gigerenzer appellierte an die Ärzte, dringend ihre Kompetenz im Verstehen von Evidenz zu verbessern.

Dazu konnte der bis auf den letzten Platz ausgefüllte Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin einen wertvollen Beitrag leisten. Nach den exzellenten Vorträgen der hochkarätigen Referenten konnten die Teilnehmer die Themen in drei parallelen Workshops am Nachmittag intensivieren. Die Ergebnisse der Workshops wurden schließlich im Plenum zusammengetragen und allen Teilnehmern präsentiert und diskutiert. Die Pausen nutzten die Teilnehmer für einen regen und intensiven Austausch untereinander und mit den Referenten.

Kammerpräsident Günther Jonitz wertete den 1. Unabhängigen Fortbildungskongress der ÄKB als vollen Erfolg. „Die Tatsache, dass der Kongress komplett ausgebucht war, zeigt, dass Ärztinnen und Ärzte ein großes Bedürfnis nach sauberem, evidenzbasiertem Wissen mit dem Ziel einer besseren Patientenversorgung haben. Die Ärztekammern können als glaubwürdiger Vermittler viel dazu beitragen, diesem Wunsch nachzukommen und entscheidende Impulse setzen. Deshalb wird dieser Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin nicht der letzte gewesen sein, betonte Jonitz.

Verfasserin:
Eugenie Wulfert, Medizinjournalistin

Internet:

Filme und Vortragsfolien zum Fortbildungskongress finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aerztekammer-berlin.de

Patientenrechte im Gesetz – Teil 1

Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz in einer dreiteiligen Beitragsserie

Der Deutsche Bundestag hat am 29. November 2012 nach erneut kontroverser Debatte das lang angekündigte „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ beschlossen. Der Bundesrat hat hiernach die Möglichkeit, Einspruch gegen das Gesetz einzulegen. Aufgrund der aktuellen Mehrheitsverhältnisse in Bundestag und Bundesrat könnte die Verabschiedung des Gesetzes durch das Verfahren im Bundesrat allenfalls noch verzögert werden. Die federführende Vertreterin des Bundesministeriums der Justiz rechnet jedoch gegenwärtig damit, dass die am 29. November 2012 vom Bundestag beschlossenen Regelungen unverändert im Frühjahr 2013 in Kraft treten werden.

Von Martina Jaklin

Nach den Bekundungen der verantwortlich zeichnenden Politik soll das Patientenrechtegesetz nicht weniger als „einen wesentlichen Beitrag zu mehr Transparenz und Rechtssicherheit“ leisten. Patienten sollen ihre Rechte konzentriert in einem Gesetz nachlesen können. Unter dem bedeutungsvollen und gleichsam umstrittenen Titel „Patientenrechtegesetz“ sind nun Änderungen in einer ganzen Reihe von Gesetzen – Bürgerliches Gesetzbuch, Sozialgesetzbuch V, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundesärzteordnung u. a. – beschlossen worden. Ob dem Gesetzgeber damit gelungen ist, was er sich vorgenommen hat, wird sich vor allem an der zukünftigen das Gesetz begleitenden Rechtsprechung ablesen lassen.

Schon jetzt stellen sich für Ärztinnen und Ärzte allerdings drängende Fragen: Was ändert sich mit den Neuregelungen ganz praktisch? Was bleibt, wie es war? Und: In welchem Verhältnis stehen die zivilrechtlichen zu den berufsrechtlichen Regelungen in der Berufsordnung für Ärzte? In einem dreiteiligen Beitrag in BERLINER ÄRZTE (auch auf der Kammer-Homepage unter www.aerztekammer-berlin.de zu finden) sollen diese Fragen so tiefgreifend wie nötig und so praxisnah wie möglich beantwortet werden.

Im Fokus unserer Beitragsserie über das Patientenrechtegesetz werden Änderungen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Bundesärzteordnung stehen, die auch den intensivsten Einfluss auf die ärztliche Berufsausübung haben werden.

Die Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch

Der Gesetzgeber hat im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) einen neuen Untertitel „Behandlungsvertrag“ geschaffen und versucht, darin die wesentlichen vertraglichen Rechte der Patientinnen und Patienten sowie die bisherige Rechtsprechung im Arzthaftungsrecht zu kodifizieren. Patientenrechte (und -pflichten) gab es natürlich auch schon vor dem Patientenrechtegesetz. Und auch Regelungen hierzu im BGB. Nur sah das BGB für den Vertragstypus „Behandlungsvertrag“ bisher keine speziellen Regelungen vor. Zur Anwendung kamen die allgemeinen Vorschriften im über 100 Jahre alten BGB. Darin waren zunächst die allerwenigsten Vertragstypen speziell geregelt. Von den speziell geregelten Vertragstypen am häufigsten sind uns z. B. Kaufvertrag, Werkvertrag, Darlehensvertrag etc. Keinen sonderlich guten Ruf genießen – unter handwerklichen Gesichtspunkten (gemeint ist das gesetzgeberische Handwerk) – die nachträglich ins BGB aufgenommenen speziellen Vertragstypen. Man erkennt sie an den sog. Buchstabenparagraphen (z. B. Reisevertrag). Die nunmehr speziell für den Behandlungsvertrag kreierte Vorschriften (§§ 630a bis 630h¹) werden voraussichtlich nicht zu einer Rehabilitation des gesetzgeberischen Leumunds beitragen können. Einige der

bereits jetzt absehbaren Probleme und Fallstricke sollen in diesem Beitrag aufgegriffen werden.

Der Behandlungsvertrag im BGB

Die im Gesetz vorgesehenen typischen Pflichten beim Behandlungsvertrag (§ 630a Absatz 1) sind nicht neu. Insofern gilt also, was auch bisher schon galt:

„Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.“

Die neuen Regelungen im BGB sollen auf alle Behandlungsverhältnisse, d. h. auch der Psychotherapie, der Physiotherapie, der Logopädie etc. und auch der Heilpraktiker, Anwendung finden. Das Gesetz spricht daher vom „Behandelnden“ als Vertragspartner des Patienten und meint damit jede Person, die eine medizinische Behandlung vornimmt. Verträge über Pflege und Betreuung gehören nicht dazu.

Der Transparenz und Rechtssicherheit wegen soll an dieser Stelle – rein vorsorglich – erwähnt werden: Die private Krankenversicherung (PKV) ist nicht Dritter im Sinne dieser Vorschrift! Die PKV schuldet den Kostenersatz aus dem Krankenversicherungsvertrag nur gegenüber dem Patienten und ist daher aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt² und Patient, d. h. gegenüber dem Arzt, nicht „zur Zahlung verpflichtet“. Gedacht hat der Gesetzgeber an dieser Stelle des Gesetzes vor allem an die sozialversicherungsrechtlichen Vertragsverhältnisse. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhält der Patient die Behandlung (in der Regel) als Sachleistung, zur Zahlung verpflichtet ist jedoch die Kassenärztliche Vereinigung; der Patient ist daher im Rahmen der GKV zwar

¹ Paragraphen ohne weitere Bezeichnung sind solche des BGB

² Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist an mehreren Stellen in diesem Text auf die Verwendung der männlichen und weiblichen Form verzichtet worden. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

zivilrechtlicher Vertragspartner, jedoch aufgrund der Besonderheiten im GKV-System nicht zur Zahlung verpflichtet.

Ärztliche Informationspflichten

Wie auch bisher gilt Folgendes (§ 630c Absatz 2 Satz 1):

„Der Behandelnde ist verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“

Diese mit „Mitwirkung der Vertragsparteien; Informationspflichten“ überschriebene Vorschrift regelt zunächst einen Teilbereich der Aufklärungspflicht, nämlich den Bereich der in der Vergangenheit von der Rechtsprechung entwickelten sog. „therapeutischen Aufklärung“, die auch als „Sicherungsaufklärung“ bezeichnet wird. Die Rechtsprechung versucht über die Kategorisierung der ärztlichen Aufklärung die unterschiedlichen Anforderungen an diese in den verschiedenen Phasen der ärztlichen Konsultation und Behandlung möglichst genau herauszuarbeiten. Nach

den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen zur sog. Sicherungs- oder therapeutischen Aufklärung hat der Arzt den Patienten über ein therapierichtiges Verhalten zur Sicherstellung des Behandlungserfolgs und zur Vermeidung möglicher Selbstgefährdungen zu beraten. Versäumnisse bei der Information in diesem Bereich wären als Behandlungsfehler zu bewerten, die der Patient vollumfänglich zu beweisen hätte. Insofern hat der Gesetzgeber lediglich die bestehende Rechtsprechung umgesetzt. Inwieweit diese in der Vergangenheit von der Rechtsprechung für die ärztliche Aufklärung entwickelten Grundsätze nunmehr auch von anderen „Behandelnden“, z. B. von Masseuren, medizinischen Bademeistern etc. zu beachten sind, muss an dieser Stelle nicht geklärt werden, darüber müssen andere rätseln.

Dass der Gesetzgeber die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur therapeutischen – bzw. Sicherungsaufklärung an dieser Stelle (§ 630c Absatz 2) und nicht im Rahmen des § 630e, der ausweislich seiner Überschrift die „Aufklärung“ regelt, verortet hat, hat einen entscheidenden praxisrelevanten Grund: Anders als bei der sog. Eingriffs- und Risikoaufklärung (Aufklärung vor Eingriffen über mit diesen verbundenen

Chancen und Risiken, siehe hierzu Wortlaut des § 630e Absatz 1) muss die erfolgte therapeutische – oder Sicherungsaufklärung nicht in der Patientenakte dokumentiert werden (siehe hierzu Wortlaut des § 630f Absatz 2). Die nicht erfolgte Dokumentation der „Information“ nach § 630c Absatz 2 (therapeutische – oder Sicherungsaufklärung) führt, anders als die nicht erfolgte Dokumentation der Eingriffs- und Risikoaufklärung (§ 630e Absatz 1), im Streitfall gemäß § 630h Absatz 3 (Beweislast bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler), der sich nur auf die in § 630f geregelten Aufklärungspflichten bezieht, nicht zu einer Beweiserleichterung für den Patienten. D. h., der Patient trägt für die Behauptung, es liege ein Behandlungsfehler vor, weil die „Information“ gemäß § 630c Abs. 2 nicht erfolgt sei, in der Regel die volle Beweislast.

Pflicht zum Geständnis über Behandlungsfehler

Für ganz viel Transparenz soll die folgende Regelung sorgen (§ 630c Absatz 2 Satz 2): *„Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“*

ANZEIGE

Nicht neu ist die in dieser Vorschrift enthaltene Verpflichtung, den Patienten über Umstände zu informieren, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, sofern dies zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist. Nach der Gesetzesbegründung legt diese Regelung die Informationspflicht des Behandelnden hinsichtlich eigener und fremder Behandlungsfehler fest.

Allerdings wird bei Vorkommnissen, aufgrund derer eine weitere medizinische Behandlung erforderlich wird, immer eine Handlungspflicht des Arztes ausgelöst, unabhängig davon, ob sie fehlerbedingt ist oder nicht. Darüber hinaus kann der Arzt in vielen Fällen zunächst gar nicht einschätzen, ob das Vorkommnis bzw. ein bestimmter Umstand aus einem Behandlungsfehler resultiert. Nach der Gesetzesbegründung kommt es bei dieser Alternative der Regelung nur darauf an, ob die Information für die Gesundheit des Patienten erforderlich ist. In der Regel wird die Frage, ob das Vorkommnis oder ein Umstand ggf. fehlerbedingt entstanden ist, für die weitere Therapie unbedeutend sein. Die Praxisrelevanz dieser Regelung darf daher bezweifelt werden.

Neu ist die Verpflichtung, eine solche Information auch auf Nachfrage des Patienten zu erteilen und zwar auch dann, wenn dies nicht zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist! Unserer Rechtsordnung ist die Verpflichtung zum Einräumen eigenen Fehlverhaltens grundsätzlich fremd. Auch im Zivilrecht kam eine solche Verpflichtung bisher nur dann in Betracht, wenn dies zum Schutz höherwertiger Rechtsgüter (Gesundheit oder Leben) oder zur Erfüllung der vertraglich geschuldeten (Haupt-) Leistungspflicht erforderlich war. Die nunmehr geregelte Pflicht zur Selbstbeziehung ist hingegen nicht durch eine solche Notwendigkeit gerechtfertigt. Damit wird dem Arzt eine Aufklärungspflicht auferlegt, die nicht im Zusammenhang mit einer bevorstehenden Behandlung steht, sondern ausschließlich den Vermögensinteressen des Patienten dient. Dies stellt einen Paradigmenwechsel im Zivilrecht dar. Die Praxisrelevanz auch dieser Vorschrift ist indes

unklar. Hier gilt auch das oben bereits Gesagte. Im Übrigen wird der Arzt in den Fällen, in denen er meint, alles richtig gemacht zu haben, auch nicht davon ausgehen, dass „Umstände“ vorliegen, die die „Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“. Sind solche, einen Behandlungsfehler begründende Umstände für den Arzt nicht erkennbar, können und müssen sie auch nicht mitgeteilt werden. Die Frage, in welchen Fällen von der Erkennbarkeit solcher Umstände auszugehen ist, wird zukünftig in Einzelfällen sicherlich die Zivilgerichte beschäftigen. Die zivilrechtlichen Folgen eines fahrlässigen Verstoßes gegen diese Regelung, vorausgesetzt es handelte sich nicht um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Information, sind zudem nicht ersichtlich. Ins Auge fallen rechtliche Folgen selbst dem Rechtskundigen zunächst nicht.

Bei Geständnis: Beweisverwertungsverbot

Um die Pflicht zur Selbstbeziehung noch einigermaßen in rechtsstaatlichen Bahnen zu halten, hat der Gesetzgeber hiermit ein sog. Beweisverwertungsverbot verbunden, das allerdings lediglich im Strafprozess sowie in „Bußgeldverfahren“ gilt. In § 630c Absatz 2 Satz 3 heißt es hierzu:

„Ist dem Behandelnden oder einem seiner in § 52 Absatz 1 der Strafprozessordnung bezeichneten Angehörigen ein Behandlungsfehler unterlaufen, darf die Information nach Satz 2 zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen seinen Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden.“

Ob von dem hier geregelten Beweisverwertungsverbot auch die berufsrechtlichen Verfahren erfasst werden, bedarf der Klärung. Dafür spräche, dass auch im berufsrechtlichen Verfahren die Aussage eines Beschuldigten nicht verwertet werden darf, wenn er vor der Aussage nicht über sein Aussageverweigerungsrecht belehrt worden ist. Der allgemeine Grundsatz, dass sich niemand selbst belasten muss, gilt auch im berufsrechtli-

chen Verfahren. Allerdings: Wenn der Gesetzgeber bewusst davon Abstand genommen hat, das Beweisverwertungsverbot auch auf das berufsrechtliche Verfahren auszudehnen, was die Gesetzesbegründung nahelegt, könnte dies für eine dortige Verwertbarkeit sprechen.

Da die Regelung den Vermögensinteressen des Patienten dient, ist es nur folgerichtig, dass dieser das Geständnis des Arztes auch in einem nachfolgenden zivilrechtlichen Schadensersatzprozess gegen den Arzt verwenden darf. Eine Verwertung der Aussagen des Arztes wäre auch im Rahmen einer möglichen nachfolgenden arbeitsrechtlichen Auseinandersetzung möglich, z.B. nach Kündigung wegen schwerem Behandlungsfehler. Die in einem Schadensersatzprozess geführte Verfahrensakte könnte dann ggf. auch im berufsrechtlichen Verfahren Verwendung finden. Selbst wenn man von einem Beweisverwertungsverbot im berufsrechtlichen Verfahren ausgeht, stellt sich die weitere Frage, ob Erkenntnisse, die ggf. in der Verfahrensakte des Zivilgerichtes zu finden sind und die sich nicht direkt aus den selbstbezeichnenden Äußerungen des Arztes ergeben, ebenfalls dem Beweisverwertungsverbot unterliegen würden. Die Frage, ob nämlich nur mittelbar aus der Aussage des Arztes hervorgehende Erkenntnisse, z.B. aus einem vom Zivilgericht in Auftrag gegebenen Gutachten oder aus Zeugenvernehmungen, in einem berufsrechtlichen Verfahren verwertet werden dürfen, stellt sich übrigens auch im Straf- und Bußgeldverfahren. Bei der Klärung dieser Fragen wird sicherlich die Rechtsprechung gefordert sein, die erforderlichen, im Kern verfassungsrechtlichen Abwägungen zu treffen.

Fazit: Ärztinnen und Ärzte sollten sich genau überlegen, ob ihnen ggf. bekannte „Umstände“ tatsächlich auch die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Nur wenn diese Voraussetzung erfüllt ist, besteht ein Informationsanspruch des Patienten nach dieser Vorschrift. Unabhängig davon müssen alle Informationen erteilt werden, die aus therapeutischen Gründen erforderlich sind.

Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung

Erheblich verschärft hat der Gesetzgeber die Pflichten im Zusammenhang mit der Behandlungsdokumentation. So heißt es in § 630f Absatz 1 Satz 1:

„Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“

Neu ist die Verpflichtung, die Patientenakte „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang“ mit der Behandlung zu führen. In der Gesetzesbegründung ist insofern von einer Fortentwicklung der bisherigen gerichtlichen Spruchpraxis die Rede. Welcher zeitliche Abstand zur Maßnahme noch als unmittelbar angesehen werden kann, ist indes unklar. Die Gesetzesbegründung gibt darüber keine Auskunft. Ziel dieser Vorschrift ist nach deren Begründung die „Vermeidung von Unrichtigkeiten“. Ob dabei neben objektiven Annahmen auch z. B. die subjektive Merkfähigkeit des dokumentierenden Arztes Berücksichtigung finden wird, darf bezweifelt werden. Wer bis zur weiteren (gerichtlichen) Klärung dieses neuen unbestimmten Rechtsbegriffs ganz sicher gehen will, orientiert sich am besten an dem an anderer Stelle im BGB legaldefinierten engeren Begriff der Unverzüglichkeit. Darunter ist entsprechend § 121 BGB eine Erledigung „ohne schuldhaftes Zögern“ zu verstehen. Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit in vielen Einzelentscheidungen unter Berücksichtigung der jeweiligen objektiven und subjektiven Umstände des Einzelfalls den betroffenen Personen Zeitspannen von 2 bis 14 Tagen zugebilligt. Unabhängig davon ist die Dokumentation bei medizinischer Notwendigkeit innerhalb der insofern erforderlichen Zeit zu erstellen. Die Dokumentation muss also auch früher erstellt werden, wenn sie z.B. für eine erforderliche Weiterbehandlung des Patienten durch einen anderen Arzt oder eine ärztliche Einrichtung benötigt wird. So heißt es auch in der von der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 26. Sep-

tember 2012 beschlossenen und sich im Genehmigungsverfahren befindenden, d. h. derzeit noch nicht in Kraft getretenen, Fassung der Berufsordnung in § 7 Absatz 5 wie folgt:

„Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.“

Diese berufsrechtliche Vorschrift bedingt die rechtzeitige Erstellung der Dokumentation. Sie entspricht bisheriger Rechtsprechung.

Berichtigungen und Änderungen müssen erkennbar sein!

Neu ist außerdem die Verpflichtung, bei Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte den ursprünglichen Inhalt erkennbar zu lassen sowie den Zeitpunkt der Berichtigung und Änderung erkennbar zu machen. In § 630f Absatz 1 Satz 2 heißt es:

„Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Dies ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.“

Ziel dieser Regelung ist laut Gesetzesbegründung, „eine fälschungssichere Organisation der Dokumentation in Anlehnung an die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung, wie sie bereits im Handelsgesetzbuch sowie in der Abgabenordnung geregelt sind, sicherzustellen“. Dass die Patientendokumentation nach ihrer gewachsenen Tradition und gemäß der Berufsordnung für Ärzte (§ 10 Absatz 1 Satz 2 BO) zunächst als Gedächtnisstütze des Arztes und daneben auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation dient und dass der Arzt keine Waschmaschinen verkauft,

findet in der Begründung keine Erwähnung. Nach der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin besteht die Verpflichtung, für die Dokumentation auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besondere Sicherungs- und Schutzmaßnahmen vorzusehen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Eine Verpflichtung, nachträgliche Änderungen zu protokollieren und erkennbar zu machen, bestand bisher nicht. Diese Anforderungen gelten nach der neuen Regelung im BGB nunmehr für jegliche Art der Dokumentation, d. h. für die Papierakte genau so wie für die elektronische Patientenakte.

Bei Verstößen gegen diese vertraglichen Pflichten bei der Patientendokumentation droht der Verlust des Beweiswertes der Eintragungen, mit den damit verbundenen beweisrechtlichen Nachteilen bei einer zivilgerichtlichen Auseinandersetzung, z. B. im Behandlungsfehlerfall. Es ist daher dringend zu empfehlen, die Praxissoftware daraufhin zu prüfen, ob sie die vom Gesetzgeber geforderten Anforderungen erfüllt. Im Zweifel sollte hierzu Kontakt zum Hersteller aufgenommen werden.

Auch der in § 630f Absatz 2 geregelte Umfang der dokumentationspflichtigen Inhalte geht über das bisher von der Rechtsprechung verlangte hinaus. So müssen „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren

ANZEIGE

Ergebnisse“ aufgezeichnet werden, insbesondere

„die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.“

Nach bisheriger Rechtslage bestand keine Verpflichtung, Einwilligungen und Aufklärungen in der Patientenakte zu dokumentieren. Zur Vermeidung von Streitigkeiten und zu Beweis Zwecken ist jedoch auch schon in der Vergangenheit dazu geraten worden, diese Inhalte in die Behandlungsdokumentation aufzunehmen.

Mit den Vorgaben in der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin korrespondierend heißt es zur Dauer der Aufbewahrung in § 63of Absatz 3 wie folgt:

„Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.“

Eine tabellarische Übersicht über die längeren sowie über die bestehenden kürzeren Aufbewahrungsfristen ist auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht.

Lesen Sie im zweiten Teil dieses Beitrags, der in der nächsten Ausgabe von BERLINER

ÄRZTE erscheinen wird, weiter über den Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens sowie über weitere Änderungen im Bürgerlichen Gesetzbuch. Über aktuelle Entwicklungen werden wir zudem fortlaufend Informationen auf unserer Homepage unter www.aerztekammer-berlin.de bereithalten. Auf der Homepage der Ärztekammer Berlin werden Merkblätter zu zentralen Themen, wie z. B. Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, zum Download bereitstehen.

Verfasserin:

Martina Jaklin
Leiterin Abteilung Berufsrecht
Ärztekammer Berlin

Unklare Patientenidentität und ärztliche Schweigepflicht

Rechtliche Grundlagen in einer Konfliktsituation

Gerade in Berlin kommt es mitunter zu der Situation, dass Patientinnen und Patienten, die notfallmäßig in Rettungsstellen von Krankenhäusern behandelt werden, ihre Identität nicht preisgeben. Es handelt sich dann meistens um Patienten aus dem Nicht-EU-Ausland ohne legalen Aufenthaltsstatus in Berlin, die etwa aus Furcht vor einer Abschiebung oder vor sonstigen Schwierigkeiten mit den Behörden keine Angaben zu ihrer Person machen wollen.

Von Katrin Borchers

In den Krankenhäusern wird diesen Notfallpatienten in der Regel ein Fragebogen vorgelegt, der persönliche Daten wie Namen, Aufenthaltsort und Einkommensverhältnisse abfragt. Für die Krankenhäuser lässt sich so der Rechnungsadressat bestimmen. Mit Hilfe dieser Daten können die Krankenhäuser bei den zuständigen Bezirksämtern auch die Übernahme der Behandlungskosten nach den geltenden sozialrechtlichen Bestimmungen beantragen. In den meisten Fällen sind die betroffenen Patienten nicht dazu in der Lage, für die Behandlungskosten aufzukommen.

Wenn ein Patient aber Angaben zu seiner Person unterlässt, entsteht ein Interessenkonflikt zwischen dem Krankenhaus, das an der Deckung der entstandenen Behandlungskosten interessiert ist, und dem Patienten. Für die Krankenhausverwaltungen spielt in diesem Konflikt die Erwägung, die Polizei zur Feststellung der Identität des Patienten zu rufen, zumindest eine Rolle.

Das Geheimhaltungsinteresse des Patienten wird allerdings durch die beruflichen Geheimhaltungspflichten von Ärztinnen und Ärzten sowie des übrigen Krankenhauspersonals gestützt. Die ärztliche Schweigepflicht, in § 9 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin verankert und eine wichtige Grundlage für die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, ist im Behandlungsverhältnis

unabhängig von der wirtschaftlichen Bonität und Zuverlässigkeit des jeweiligen Patienten zu beachten. Im Verhältnis zum Datenschutzrecht bietet die ärztliche Schweigepflicht als standesrechtliche Verpflichtung ein Schutzniveau, das durch die Datenschutzgesetze nicht unterlaufen wird: Gemäß § 1 Absatz 3 Satz 2 Bundesdatenschutzgesetz etwa bleibt die Verpflichtung zur Wahrung von Berufs- oder besonderen Amtsgeheimnissen unberührt.¹ Eine vorsätzliche Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht steht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) zudem unter Strafe. Die Strafbarkeit nach § 203 StGB erstreckt sich auch auf die berufsmäßig tätigen Gehilfen von Ärztinnen und Ärzten.

Schon der Name ist geschützt

Der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt schon die Tatsache, dass sich der Patient bei einem bestimmten Arzt und in einem bestimmten Krankenhaus in Behandlung befunden hat. Auch der Name des Patienten untersteht ihrem Schutz.² Sollte ein behandelnder Arzt

es zulassen, dass ausländische Patienten, ohne dass von ihnen eine besondere Gefahr ausginge, im Zusammenhang mit der ärztlichen Konsultation dazu gezwungen sind, der Polizei gegenüber Angaben zu ihrer Person zu machen, kann dies nach Bewertung der Ärztekammer Berlin die ärztliche Schweigepflicht unterlaufen und verletzen. Die Polizei wäre ihrerseits gehalten, die Ausländerbehörde einzuschalten.

Auch das Verwaltungspersonal von Krankenhäusern ist grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Eine Verschwiegenheitsverpflichtung für die berufsmäßig tätigen Gehilfen von Ärzten setzt die bereits erwähnte Strafnorm des § 203 StGB voraus. Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zu § 88 Aufenthaltsgesetz vom 26.10.2009 stellt zur ärztlichen Schweigepflicht im Zusammenhang mit § 203 StGB ausdrücklich klar, dass ebenso die für Ärzte berufsmäßig tätigen Gehilfen und insbesondere auch das mit der Abrechnung befasste Verwaltungspersonal von Krankenhäusern der Geheimhaltung unterliegen.³ Ärzte haben nach § 9 Absatz 3 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin ihre Mitarbeiter über die Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren. Wären Krankenhausärzte und das weitere Krankenhauspersonal hier nicht in der Pflicht, an einem Strang zu ziehen, würde die ärztliche Schweigepflicht bei

ANZEIGE

¹ Vgl. Gola/Schomerus, Bundesdatenschutzgesetz (Kommentar), 7. Auflage 2007, Rn. 25 zu § 1 BDSG.

² Vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 11.08.2006 - Az.: 14 U 45/04 -.

³ Vgl. auch: Faltblatt zum Thema „Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis, hrsgg. durch die Bundesärztekammer und die Ärztekammer Berlin, Stand: 10/2012.

Krankenhausbehandlungen insoweit wertlos werden.

Wohl in den meisten Fällen einer Notfallbehandlung von Flüchtlingen dürfte bei Hinzurufen der Polizei eine Schweigepflichtverletzung vorliegen. Die Beurteilung der Rechtslage ist jedoch letztlich einzelfallabhängig.

Einschalten der Polizei nicht ohne Weiteres

Eine Befugnis von Ärzten und Krankenhauspersonal zur Einschaltung der Polizei mit dem Ziel, dass das Krankenhaus über das Mittel einer Identitätsfeststellung bei dem betroffenen Patienten in die Lage gelangt, die Behandlungskosten – erforderlichenfalls über die Sozialämter – einzutreiben, kann in den hier thematisierten Fällen nach Beurteilung der Ärztekammer Berlin nicht ohne Weiteres angenommen werden. Denn weder besteht für die Einschaltung der Polizei hier eine gesetzliche Grundlage noch wiegt das verfolgte Interesse an der Deckung der Behandlungskosten und der Handlungsfähigkeit des Krankenhauses in der aufgezeigten Fallkonstellation offensichtlich schwerer als das Geheimhaltungsinteresse und das dahinter stehende grundrechtlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht der Patienten.

Zwar haben Ärzte in anderen Konstellationen die Möglichkeit, im Wege der Wahrnehmung berechtigter Interessen Honorarforderungen gegen ihre Patienten als Schuldner der Forderungen auch gerichtlich durchzusetzen. Die nicht durch eine gesetzliche Norm festgelegte Befugnis zur Offenbarung grundsätzlich geheim zu haltender Daten ist allerdings das Ergebnis einer einzelfallabhängigen Interessen- und Güterabwägung im Sinne des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB), die zu Lasten des Patienten mit seinem Geheimhaltungsinteresse ausfällt. Die Lücke im Geheimnisschutz muss dann also zum Schutz höherwertiger Interessen erforderlich sein. In der hier thematisierten Konstellation würde es eine

Befugnis zur Einschaltung der Polizei voraussetzen, dass bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, insbesondere der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das von Seiten des Krankenhauses verfolgte Interesse an der Kostendeckung das Interesse des Patienten an der Geheimhaltung wesentlich überwiegt. Die Abwägung bezieht sich auf die konkrete Situation und die den betroffenen Rechtsgütern drohenden konkreten Gefahren.⁴

In der Situation, dass ein Patient lediglich die gerichtliche Verurteilung zur Zahlung befürchten muss, fällt die Interessenlage regelmäßig anders aus als wenn einem Patienten infolge der polizeilichen Identitätsfeststellung aufenthaltsrechtliche Konsequenzen drohen, ggf. mit der Folge, dass er das Land verlassen und sich Gefahren aussetzen muss. Auf der einen Seite sind das Vermögen des Krankenhauses und damit mittelbar das des für das Krankenhaus arbeitenden Arztes sowie das Interesse an der wirtschaftlichen Erhaltung des Krankenhauses im Dienste der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu berücksichtigen. Auf der anderen Seite stehen zumeist nicht wesentlich geringer zu bewertende Rechtsgüter und Interessen des Patienten, zumal wenn der Patient bei einer Abschiebung um seine Freiheit, Gesundheit oder gar sein Leben fürchten muss. In jedem Fall wäre der Patient bei einer Abschiebung zu einer ganz erheblichen Veränderung seiner Lebenssituation gezwungen. Derartige Gefahren würden den betroffenen Patienten bei einer absehbaren Abschiebung konkret drohen, während die Krankenhäuser bei ausbleibender Kostendeckung noch keine existentielle wirtschaftliche Schwächung erfahren. Eine solche Situation zugrunde gelegt, kann die Güter- und Interessenabwägung jedenfalls nicht deutlich zugunsten des Interesses an der Deckung der Behandlungskosten ausfallen mit dem

Ergebnis, dass die Polizei nicht eingeschaltet werden darf.

Um Konfliktsituationen von vornherein zu vermeiden, erscheint es sinnvoll, betroffene Patienten in Krankenhäusern deutlich darauf hinzuweisen, unter welchen Voraussetzungen auch die Sozialämter zur Geheimhaltung verpflichtet sind, wenn sie von Krankenhäusern Patientendaten zur Prüfung der Erstattungsfähigkeit der Behandlungskosten erhalten. Die persönlichen Daten darf das Sozialamt jedenfalls nach § 88 Absatz 2, 3 Aufenthaltsgesetz nur in einigen bestimmten Fällen (z. B. Erforderlichkeit zum Schutz der öffentlichen Gesundheit, Konsum harter Drogen bei fehlender Therapiebereitschaft des Patienten) an die Ausländerbehörde weiter melden.

Für Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist allerdings in § 11 Absatz 3 Asylbewerberleistungsgesetz ein Datenabgleich zwischen Sozialamt und Ausländerbehörde vorgesehen. Dieser soll jedoch in Berlin nach Auskunft der zuständigen Behörden derzeit praktisch nicht stattfinden, im Einklang mit den Regelungen zum Aufenthaltsgesetz. Eine endgültige Klärung der rechtlichen Frage, ob ein Datenabgleich nach § 11 Abs. 3 Asylbewerberleistungsgesetz unzulässig wäre, steht allerdings noch aus.

Fazit

Für Krankenhausärztinnen und -ärzte ist es mit straf- und berufsrechtlichen Risiken verbunden, wenn Krankenhäuser die Polizei zur Identitätsfeststellung bei Patientinnen und Patienten aus dem Nicht-EU-Ausland rufen. Sollten sich im Einzelfall Fragen ergeben, steht die Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin Ärztinnen und Ärzten beratend zur Verfügung.

Verfasserin:

Dr. Katrin Borchers
Abteilung Berufsrecht
Ärztekammer Berlin

⁴ Vgl. Schönke/ Schröder, Strafgesetzbuch (Kommentar), 2010, Rn 22 ff. (25) zu § 34 StGB.

Arzneistoffe neu bewertet

Eine gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärzte- und Apothekerkammer Berlin in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) rückte am 07. November 2012 das Thema Arzneimittel und deren Bewertung in den Mittelpunkt. Dabei wurden zum einen die Neuzulassungen des vergangenen Jahres vorgestellt wie auch Beobachtungen zur Verträglichkeit von Medikamenten aufgezeigt, die seit langem auf dem Markt sind.

„Ich freue mich sehr, dass ich heute eine neue Kooperation mit der AkdÄ, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, bekannt geben kann“, sagte Markus Müller und begrüßte knapp 200 Ärzte und Apotheker im Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung. Aus den Reihen der AkdÄ konnten die beiden Referenten gewonnen werden, ergänzte der Pharmazeut, selber Mitglied der Arzt-Apotheker-Kommission der Apothekerkammer Berlin.

Zunächst beleuchtete Professor Dr. Ulrich Schwabe, Heidelberg, die jüngsten Markteinführungen von Medikamenten mit neuen Wirkstoffen. Im Jahr 2012 kamen bislang 18 neue Arzneimittel auf den deutschen Markt, bis Ende Dezember werden es wohl mehr als 20 sein und damit ähnlich viele wie in den beiden Vorjahren. „So ist das AMNOG (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz) zumindest den Zahlen nach keine Innovationsbremse“, schloss Schwabe. Schließlich müssen Pharmahersteller seit Einführung des AMNOG mit der Markteinführung eines neuen Medikamentes beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Dossier einreichen, das einen Zusatznutzen für dieses Präparat belegt. Ist dieser nicht zu erkennen, wird das Arzneimittel direkt einer Festbetragsgruppe unterstellt. 2011 etwa stuft der G-BA von 23 Neueinführungen nur vier mit einem beträchtlichen Zusatznutzen ein.

Als „etwas aufregend Neues“ stellte Schwabe Ivacaftor vor, eines von vier im Jahr 2012 eingeführten Orphan-Arzneimitteln. Die kleinmolekulare Substanz lagert sich an den sogenannten CFTR-Chlorid-Ionenkanal an und verbessert dessen Aktivität, die bei Mukoviszidose-Patienten aufgrund verschiedener Muta-

tionen vermindert ist. In der Zulassungsstudie mit 161 Patienten konnte die Substanz in der Lungenfunktionsdiagnostik die Einsekundenkapazität (FEV₁) bereits nach zwei Wochen um 10 Prozent verbessern, was über ein Jahr anhielt, während unter Placebo eine leichte Verschlechterung des Atemvolumens zu beobachten war. „Das reicht an das heran, was wir von der Antibiotika-Therapie kennen“, lobte Schwabe. Das Orphan Drug konnte zudem die Zahl von Exazerbationen erheblich senken und das Körpergewicht stabilisieren, was für eine verbesserte Pankreasfunktion spricht. Die Nebenwirkungen sind laut seinen Ausführungen unspezifisch und ungefährlich, der Preis jedoch mit etwa 332.465 Euro jährlich erheblich. Die Zahl der mit Ivacaftor behandelbaren Patienten mit G551D-Mutation im Gen für das CFTR-Protein ist hierzulande mit etwa 400 Personen sehr gering. „Es ist eine tolle Innovation. Für diese kleine Gruppe ist das von der GKV sicher zu tragen“, so Schwabe.

Das Prädikat „Im gewissen Sinne auch Innovation“ verlieh der Mediziner dem Influenza-Impfstoff Fluenz[®], da er nasal verabreicht wird und zudem ein attenuierter Lebendimpfstoff ist. „Er ist fast doppelt so wirksam wie der bisherige inaktivierbare und inaktivierte Impfstoff“, fasste Schwabe die Studienergebnisse zusammen. Dies gilt allerdings nur für Kinder und Jugendliche von zwei bis 18 Jahren, für die diese Influenzaprophylaxe zugelassen ist. Denn bei Erwachsenen zeigte sie keinen Vorteil. Eine Indikations einschränkung besteht zudem bei sehr kleinen Kindern, da hier unter dem Lebendimpfstoff mehr Hospitalisierungen beobachtet wurden. Kontraindikationen

sind Immunschwäche, Salicylattherapie, schweres Asthma, akute Atemwegsbeschwerden.

Als eine „wirklich große Innovationen“ beschrieb Schwabe schließlich Vemurafenib, das 2012 zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit BRAF-V600-Mutation-positivem, nicht resezierbarem oder metastasiertem Melanom zugelassen wurde. Durch Inhibition der mutierten Serin-Threonin-Proteinkinase BRAF-V600 stoppt Vemurafenib die Zellproliferation, was sich bereits nach zwei Wochen im PET-Bild zeigt. Die niedermolekulare Substanz konnte bei Melanompatienten mit dieser Mutation das Gesamtüberleben nach sechs Monaten gegenüber der Standardtherapie Dacarbazin von 64 auf 84 Prozent erhöhen. Dabei zeigten sich keine zytotoxischen Nebenwirkungen, allerdings sind nach sechs Monaten bei vielen behandelten Resistenzen zu beobachten. Dennoch attestiert Schwabe Vemurafenib einen „beträchtlichen Zusatznutzen“, da es lebensverlängernd wirkt.

Pharmakovigilanz betreiben

Nach Einführung eines neuen Arzneimittels muss es weiterhin überwacht werden, da häufig erst eine breite Langzeitanwendung seltene unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) aufdecken kann. Wie Dr. Thomas Stammschulte von der AkdÄ berichtete, betreffen die von Ärzten, Apothekern und Patienten eingehenden Spontanmeldungen daher nicht nur neue Medikamente, sondern auch altbekannte Präparate. „Bei immer mehr Arzneimitteln werden Medikamenten-induzierte QT-Zeit-Verlängerungen und Torsade de Pointes festgestellt“, beschrieb der Mediziner einen aktuellen Schwerpunkt. So wurden etwa 2011 zwei Rote-Hand-Briefe zu Citalopram beziehungsweise Escitalopram versandt, die vor dieser sehr seltenen, aber potenziell tödlichen unerwünschten Arzneimittelwirkung warnten und unter anderem reduzierte Maximaldosen vorgaben (Citalopram: 40 mg, bei älteren Patienten oder verminderter Leberfunktion 20 mg täglich, Escitalopram: bei Über-65-Jährigen 10 mg täglich).

Verordnungsdaten aus den USA haben dieses Jahr auch bei Azithromycin eine QT-Zeit-Verlängerung aufgedeckt, die für dieses Makrolidantibiotikum im Gegensatz zu den Erfahrungen mit Erythromycin oder Clarithromycin noch nicht bekannt war. Im September dieses Jahres verschickte die AkdÄ zudem eine entsprechende Warnung zu Domperidon in einer Drug-Safety-Mail, welche die AkdÄ als kostenlosen Newsletter herausgibt (www.akdae.de). Bei Risikopersonen mit bereits vorhandener Verlängerung der QT-Zeit, mit Elektrolytstörungen oder Herzerkrankungen ist jeweils besondere Vorsicht geboten. Der Referent verwies auf eine online unter www.qtdrugs.org einsehbare Liste von Arzneimitteln, die die QT-Zeit verlängern können.

Bei dem sehr häufig eingesetzten Analgetikum Flupirtin (Katadolon®) bezieht sich dagegen die Hälfte aller Meldungen

auf Leberschäden – von Erhöhungen der Transaminasen bis zum akuten Leberversagen, berichtete Stammschulte. Zudem musste eine Proof-of-concept-Studie mit Flupirtin zur Behandlung der Reizblase abgebrochen werden, da bei rund einem Drittel der Patienten, die die Substanz länger als sechs Wochen eingenommen hatten, Zeichen einer Hepatotoxizität festgestellt wurden. Die Fachinformation gibt bereits vor, bei längerer Anwendung die Leberenzymwerte regelmäßig zu kontrollieren, um eine potenzielle Leberschädigung möglichst frühzeitig zu erkennen. „Patienten sollten über dieses Risiko aufgeklärt werden“, appellierte der Mediziner.

Mit einem „Thema, das jeder kennt“, schloss Stammschulte seinen Vortrag: der Laktatazidose unter Metformin. Aktuell ist es insoweit, da im laufenden Jahr eine erhöhte Zahl tödlicher und

nicht-tödlicher Fälle gemeldet worden seien. Eine Analyse der Fälle durch die AkdÄ ergab, dass die meisten der Betroffenen – vor allem ältere Patienten – diese UAW erst nach monate- oder jahrelanger Einnahme erlitten. „Sie haben die Therapie zunächst vertragen. Dann kam etwas dazu, das zur Laktatazidose führt“, erklärte der Mediziner. Nach den vorläufigen Daten scheint primäres Nierenversagen nach Gastroenteritis als Auslöser infrage zu kommen. Die Empfehlung für die Praxis: Die Patienten sollten regelmäßig ihre Nierenwerte kontrollieren lassen, über die UAW sowie die Warnsymptome aufgeklärt werden und vor allem bei Hinweisen auf akutes Nierenversagen Metformin absetzen.

Verfasserin:

Conny Becker

Apothekerin/Journalistin, Berlin

Überblick der Kognitionspsychologie

Eric Kandel „Das Zeitalter der Erkenntnis – Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute“, Siedler Verlag, 704 Seiten, 39,99 Euro, ISBN 978-3-88680-945-5

Der Neurowissenschaftler und Nobelpreisträger Eric Kandel hat mit seinem neuen Buch „Das Zeitalter der Erkenntnis – Die Erforschung des Unbewussten in Kunst, Geist und Gehirn von der Wiener Moderne bis heute“ einen 700-seitigen Überblick der Kognitionspsychologie der Kunst geschrieben.

Kandel sucht den Weg des Dialogs von Hirnforschung und Kunst, denn beide „repräsentieren zwei verschiedene Blickwinkel auf den menschlichen Geist“. Die Wissenschaft lehre, dass das gesamte geistige Leben auf den Hirnaktivitäten beruhe und eine Beschäftigung mit diesen Aktivitäten ermögliche das Verständnis

davon, wie wir auf ein Kunstwerk reagieren. Er skizziert in groben Zügen das derzeitige Wissen über kognitionspsychologische und neurobiologische Grundlagen von Wahrnehmung, Gedächtnis, Gefühl, Empathie und Kreativität. Wie wird aus den von den Augen gesammelten Informationen Sehen? Wie verwandeln sich Gedanken in Erinnerung? Was ist die biologische Grundlage unseres Verhaltens? Diese Fragen möchte der bedeutende Gedächtnisforscher in dem opulent ausgestatteten Band beantworten, in dem er die Kunst definiert als „Einblicke in die flüchtigen, real erlebten Merkmale des menschlichen Geistes, in die Art und Weise, wie wir spezifische Erfahrungen empfinden“.

1929 in Wien geboren, emigrierte er mit seiner jüdischen Familie 1939 in die USA, studierte Geschichte und Literatur an der Harvard University und danach Medizin an der New York University. Seit 1974 ist er

Professor an der Columbia University in New York. Für seine Forschung erhielt er 2000 den Nobelpreis für Medizin.

„Ich musste Wien schon als Kind verlassen, doch das Geistesleben vom Wien der Jahrhundertwende liegt mir im Blut – mein Herz schlägt im Dreivierteltakt“, schreibt er in seiner Autobiografie „Auf der Suche nach dem Gedächtnis“ (2006). Und so wundert es nicht, dass Kandel mit seinem Alterswerk nach Wien zurückkehrt.

Kandels „Zeitalter der Erkenntnis“, ein aufschlussreicher Streifzug durch die Natur- und Kunstwissenschaft mit über 250 farbigen Abbildungen, ist auch deshalb ein Lesevergnügen, weil sich der Autor selbst bei den kompliziertesten Sachverhalten an eine Konstante seines Lebens hält: Er versucht sich an dem Einfachen zu orientieren. Um zu erforschen, wie das Gehirn Erinnerungen abspeichert, wählte er die Meeresschnecke *Aplysia*, die sich durch ein überschaubares System auszeichnet. Man müsse sich ein sehr einfaches Verhalten aussuchen und dann die neuronale Architektur genau beschreiben.

U. Hempel

„Lohengrin popelt!“

Eine Mutter, die auch in den schlimmsten Nachkriegsjahren noch als Dame aufzutreten versucht, kommt mit ihrer kleinen Tochter wegen deren rätselhafter Hautkrankheit zum Hausarzt. Die Untersuchung ist kurz. Bei der Mitteilung des Befundes drückt sich der Doktor bewusst gewählt aus: „Ihre Tochter Diotima, gnädige Frau, Ihre Tochter Diotima hat Läuse.“

Ist wirklich passiert! Früher wählten Bildungsbürger manchmal hochliterarische Namen, um zu demonstrieren, dass sie und ihre Kinder sich vom Plebs abheben. Das musste ja im Alltag zu komischen Kollisionen führen. Wem zu Curt Götz nicht bloß „Dr. med. Hiob Prätorius“ einfällt, sondern auch „Das Haus in Montevideo“, der erinnert sich unweigerlich an den unsterblichen Ruf aus der Kinderschar des Wagnerfans: „Lohengrin popelt!“ Aber Wagnerfans gibt’s ja nicht nur im Lustspiel, auch heute noch. Die Eltern von Tristan, mit sechs noch immer Einzelkind, müssen sich öfter mal die Frage anhören: „Na, wo bleibt denn Isolde?“ Eine Nachbarin hingegen – sie hat in ihrer Jugend Maienblüte Malerei studiert – schuf zwar keine berühmten Bilder, aber ein Brüderpaar mit illustren Namen: Sie nannte ihre Söhne Raffael und Leonardo. (Hat aber nichts genützt.)

Ein anderes Kind in unserer Straße hieß Titus Maximilian. Dialog übert den Gartenzaun: „Gleich zwei Kaiser!“ – „Wieso?“ Die Eltern, beide Juristen, hatten keine Ahnung von Geschichte und die Namen nur nach dem Klang ausgewählt. (Wäre Ärzten wohl nicht passiert.)

Unter Akademikern dürften dies alles Ausnahmen sein. Modern sind in der Mittel- und Oberschicht heute möglichst simple und altmodische Vornamen wie Paul und Lukas, Anna und Emma. Die ausgefallenen Namen sind jetzt eher Sache der unteren Schichten, und da spielt offensichtlich die Regenbogenpresse mit den Traumfiguren aus Film, Fernsehen

und Fürstenhöfen eine Rolle. An eine Soraya Müller erinnert sich gienend eine Lehrerin. Und wie viele kleine Angelinas mögen jetzt wohl herumlaufen? Die folgende Szene haben wir aus dem Tagesspiegel geklaut:

Eine Mutter will ihre Kleine aus einer Kita im Wedding abholen und sucht sie dort im Garten. Plötzlich ruft sie entsetzt: „Aphrodite, du Sau, komm raus aus die Pfütze!“ – Armes Kind, wenn’s mit diesem verpflichtenden Namen später mal ein graues Mäuschen werden sollte!

Ein Kapitel für sich sind die exotischen Namen, die manche DDR-Bürger ihren Kindern gaben – ebenso Ausdruck der Sehnsucht nach der verwehrtten Ferne, wie die verbreitete Freikörperkultur wohl die Sehnsucht nach Freiheit ausdrückte, die man nur als Textilfreiheit demonstrieren konnte. Da wurden viele Jungen „Mike“ genannt, aber diese amerikanische Kurzform von Michael deutsche man ein und schrieb „Maik“. Oder man gab dem Kind den klangvollen Namen Attila, aber in Leipzig klang’s dann so: „Adila, Adila, ruffgomm, Essen is fersdch!“

Und wenn der Sohnmann Trevor hieß, hörte sich der Ruf aus dem Fenster so an: „Treffer, Treffer!“ Also ein bisschen wie ein Jubelruf, nachdem die Familienplanung nach vielen vergeblichen Versuchen endlich geglückt ist...

Eine Generation früher zeigte sich der Einfluss des politischen Umfelds auf die Namen eines Geschwisterpaares: die große Schwester, geboren Ende der braunen 1930er Jahre, bekam den Namen Sieglinde, der kleine Bruder, ein Nachkriegs-kind, hieß Christian.



Während der Namenssammelei für diesen Text stand plötzlich „Der Vorname“ auf dem Spielplan des Renaissance-Theaters. Nichts wie hin also, zumal das schöne Art Deco-Theater eine glückliche Hand mit Boulevardkomödien hat. Dies ist eine sehr französische, sehr intelligente, zwar ein bisschen klamottig, aber man lacht sich doch nicht unter Niveau schieb.

Hier bringt ein werdender Vater Aufruhr in eine kleine Abendgesellschaft unter guten Freunden. Denn er behauptet, seinen Sohn „Adolphe“ nennen zu wollen. Nein, nicht etwa nach Hitler, weit entfernt! Sondern nach dem Titelhelden der berühmten Erzählung von Benjamin Constant. Das hilft ihm nichts – man kann sein Kind doch nicht Adolf nennen! Das findet vor allem der linksliberale Literaturprofessor unmöglich, dessen Kinder Athena und Adonas heißen, Adonas, nicht Adonis! Bis zur Pause (nach der’s ganz anders weitergeht) zerfleischen sie sich fast, aber schließlich stellt sich heraus, dass alles nur ein schlechter Scherz war.

Weil wir Weihnachten gerade hinter uns haben: Kennen sie den Namen Owie? Ein Fünfjähriger, gefragt, wer denn das breit lachende Männchen neben den drei Königen seines Krippenbildes sei: „Na Owie!“ „Owie?“ „Ja, in Stille Nacht, heilige Nacht heißt es doch „Owie lacht...“

R. Stein