

BERLINER ÄRZTE

04 / 2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztekammer Berlin



braucht
Pflege.

Aber braucht Pflege
eine Kammer?

Erfahrungen aus dem 1. Fortbildungskongress der Ärztammer Berlin



Foto: privat

Dr. Matthias Brockstedt
ist Vorsitzender des Fortbildungs-
ausschusses der Ärztekammer Berlin

Der „1. Unabhängige Fortbildungskongress“ der Ärztekammer Berlin, der in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft am 1. Dezember 2012 im Hause der Ärztekammer ausgerichtet wurde, hat meine Erwartungen an eine evidenzbasierte, von Firmeninteressen freie ärztliche Fortbildung voll erfüllt. Er ist für sich allein kein hinreichender, aber ein notwendiger Schritt in Richtung einer ausschließlich am Patientenwohl und nicht am Diktat der Ökonomie orientierten guten ärztlichen Fortbildung.

Unabhängige ärztliche Fortbildung ist ein hohes Gut. Sie war und ist eine Kernaufgabe der Ärztekammer, wobei es zur Qualitätssicherung nicht ausreicht, „Fortbildungspunkte zu sammeln“ oder Fortbildungen nach einem klaren Kriterienkatalog zu zertifizieren, selbst wenn sich darunter gesponserte Veranstaltungen befinden. Es ist vielmehr notwendig, den vor allem an fortbildungsintensiven Wochenenden und an Mittwochabenden angebotenen oft-

mals firmen-gesponserten ärztlichen Fortbildungen Alternativen an die Seite zu stellen.

Ich selbst sehe in dem für den unabhängigen Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin veranschlagten Etat genau wie in den jährlich 5.000 Euro für Fortbildungen zum Thema „Häusliche Gewalt und Kindesmisshandlung“ einen Grundstock für einen von mir vor Jahren vorgeschlagenen Fortbildungsfonds bei der Ärztekammer Berlin. Ich gehe soweit, zu behaupten, dass die Kammer – aufbauend auf dieser Vorarbeit – andere Partner im Gesundheitswesen wie Krankenkassen, Klinikverbände oder Berufsverbände dafür gewinnen kann, sich finanziell an dieser Fortbildungsplattform zu beteiligen und sie fortlaufend zu erweitern. Hierüber muss aber in allen Gremien noch ausführlich diskutiert werden, das hat mir die Delegiertenversammlung am 27. Februar 2013 gezeigt. Die Sicherstellung ärztlicher Kompetenz während des gesamten Berufslebens kennt viele Wege, nicht alle kosten Geld, sondern sind oft schon im interkollegialen Austausch enthalten.

Die Kammer hat mit ihrem „1. Unabhängigen Fortbildungskongress“ für Ärzte wie für Patienten einen Maßstab gesetzt, wie firmenunabhängige und fächerübergreifende Fortbildung aussehen kann. Sie geht hier mit einem „Best-Practice“-Modell voraus und setzt nicht primär auf Konfrontation und weltan-

schauliche Auseinandersetzungen, sondern bietet ganz anschaulich positive, nachahmenswerte Beispiele. Ärztliche Initiativen wie „Neurology first“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Neurologie werden sicher gerne dieses Vorbild in Berlin aufgreifen. Die Kammer selbst wird mit einer jährlichen Fortführung des unabhängigen Fortbildungskongresses in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bundesweit für Nachahmer werben.

Sie alle, als Mitglieder der Kammer, können diesen Prozess durch kritische Rückmeldungen (Evaluation) besuchter Fortbildungsveranstaltungen aktiv unterstützen. Vielleicht können wir aber auch hier mit positiven, von Ihnen benannten Beispielen Anreize zur Nachahmung schaffen.

Ist das die Möglichkeit?

Ein kluges Buch über Homöopathie
von Christian Weymayr und Nicole Heißmann

Christian Weymayr & Nicole Heißmann:
Die Homöopathie-Lüge. Piper Verlag,
München 2012. ISBN: 978-3-492-05536-9.

Es ist nicht einfach, sachlich über ideologisch besetzte Themen zu schreiben. Die Medizinjournalisten Christian Weymayr und Nicole Heißmann vertreten in ihrem Homöopathie-Buch eine klare Position und bleiben dennoch ausgewogen und fundiert. Wer sich von dem reißerischen Titel „Die Homöopathie-Lüge“ nicht abschrecken lässt, findet eine sachkundige Analyse des Phänomens. Das Credo der Autoren: homöopathische Mittel können nicht wirken, weil der unterstellte Wirkmechanismus den Naturgesetzen widerspricht. Der Erfolg des Gesamtpakets „Homöopathie“ ist vor allem den Defiziten der sogenannten Schulmedizin geschuldet.

In neun Kapiteln reflektieren Weymayr/Heißmann den Homöopathie-Kosmos aus verschiedenen Blickwinkeln. Zunächst beleuchten sie die vermeintliche Wirkungsweise und die Geschichte der Hahnemann'schen Heilslehre. Und warten hier mit der erhellenden Einsicht auf: Wer in Zeiten des Aderlasses eine zuwendungsbetonte, aber ansonsten wirkungslose Heilmethode vertritt handelt wenigstens nach einem ärztlichen Grundprinzip: Er fügt keinen Schaden zu. Die historischen Meriten der Homöopathie sind vor diesem Hintergrund sehr nachvollziehbar. Anschließend untersuchen die Autoren, wie sich die einzelnen Gruppierungen rund um das Gesundheitswesen zur Homöopathie positionieren: Sie schildern die Bedürfnisse von Patienten, die in der homöopathischen Behandlung jene Zuwendung erfahren, die ihnen die klassische Medizin nicht (mehr) bietet; die Ambivalenz der Universitäten, die eine naturwissenschaftlich unmögliche Heilmethode zum Gegenstand naturwissenschaftlicher Forschung machen; den akademischen Spagat des

Arztes, der einerseits wissenschafts-basiert behandelt und andererseits Homöopathie anbietet; die Interessen von Pharmaindustrie und Apothekern, die an den Präparaten verdienen und von der willigen Konsumhaltung der Homöopathiepatienten profitieren; die unkritische Politik, die zwar massive Einschnitte im Gesundheitssystem durchsetzt, aber diese Methode fördert, die fragwürdige Praxis vieler gesetzlicher Krankenkassen, die mit den Pflichtbeiträgen ihrer Versicherten in einem ansonsten streng evidenzbasierten System Homöopathie als Satzungsleistung anbieten und zu guter Letzt die problematische Rolle der Medien, denen dramatische Berichte über homöopathische Wunderheilungen besser ins Konzept passen als sachliche Analysen. In einem Abschlusskapitel halten die Autoren ein Plädoyer für die Vernunft, in dem sie dafür werben, naturwissenschaftliches Denken in der Medizin nicht zu unterminieren und gleichzeitig das Bedürfnis der Patienten wieder ernst zu nehmen.

Dabei vertreten die Autoren zwar dezidiert ihre anti-homöopathische Haltung, sie erheben sich aber an keiner Stelle über Menschen, die auf diese Heilslehre schwören: Die Schwächen einer durchrationalisierten Gesundheitsversorgung machen die Homöopathie attraktiv für Patienten, die mehr suchen als eine ökonomisch optimierte Behandlung. Deshalb differenzieren Weymayr/Heißmann zwischen dem homöopathischen Präparat, das nach den Gesetzen der Naturwissenschaft keine Wirkung haben kann, und dem Gesamtkosmos Homöopathie, der sich vieler Wirkmechanismen bedient: dem Placeboeffekt, der „Droge Arzt“, einem gesunden Lebensstil und der Aufmerksamkeit und Zeit, die dem Patienten gewidmet werden. Die Autoren kritisieren nicht den einzelnen, der sein Heil in den Kügelchen sucht, sondern die Art, wie unsere wissenschaftlich geprägte

Gesellschaft mit dem Phänomen umgeht. Sie schreiben dagegen an, eine solche Heilslehre rational zu untersuchen und in den Rang eines Gegenstandes naturwissenschaftlicher Forschung zu erheben, denn: „Wer Homöopathie für möglich hält, muss alles für möglich halten.“ Und sie stellen die These auf: Methoden, die zum Nachweis der Wirksamkeit naturwissenschaftlich begründeter Interventionen konzipiert wurden, sind ungeeignet zur Untersuchung metaphysischer Phänomene. Daher wäre es die Aufgabe der evidenzbasierten Medizin, die Homöopathie nicht mit ihrem Instrumentarium zu prüfen, sondern sie als Gegenstand der Prüfung rundweg abzulehnen, weil ihr die Grundvoraussetzung dazu fehlt: ein Wirkmechanismus, der auf naturwissenschaftlich plausiblen Prinzipien beruht.

Durch die Struktur der Kapitel ergeben sich einige Redundanzen: wenn man aus vielen verschiedenen Blickwinkeln auf ein und dasselbe Phänomen schaut, bleibt nicht aus, dass man Manches mehrfach sieht und beschreibt. Deshalb hätten fünfzig Seiten weniger Buch durchaus gut getan, doch lesenswert bleibt es allemal. Denn es fordert gerade Ärzte auf, ihre Haltung zum eigenen Handeln zu überdenken. Heilkunde ist mehr als reine Naturwissenschaft - die Persönlichkeit des Arztes, Suggestion und Spiritualität haben eine Heilkraft über die Naturwissenschaft hinaus, das können (und sollten) Ärzte von den Homöopathen lernen. Doch gerade die Behandlung mit Wirkstoffen unterliegt naturwissenschaftlichen Annahmen und Prinzipien. Die Homöopathie ist auf die Gabe von vermeintlichen Wirkstoffen fixiert, ohne dass deren Wirkung plausibel wäre. Wer mit Überzeugung pharmakologisch wirksame Medikamente verschreibt, kann Zuckerpillen nicht mit derselben Überzeugung verschreiben. Vielleicht verhilft das Buch dem ein oder anderen zu etwas mehr Konsequenz in der täglichen Praxis – zumindest unter den 45% der Ärzten, die laut Umfrage des CGM Gesundheitsmonitors homöopathische Therapien anbieten.

C. Schaefer



TITELTHEMA.....

Pflegekammern: Die Pflege drängt auf Eigenständigkeit

Von Eugenie Wulfert 14

EDITORIAL.....

**Erfahrungen aus dem
1. Fortbildungskongress der
Ärztekammer Berlin**
Von Matthias Brockstedt4

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**Bundesopiumstelle gibt neue
BtM-Rezepte aus**
Informationen des Bundesinstituts für
Arzneimittel und Medizinprodukte11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**Delegierten beschließen
neue allgemeine
Entschädigungsregelung**
Bericht von der Delegiertenversammlung
vom 27. Februar 2013
Von Sascha Rudat21

**Neue Arzneimittel:
Kaum besser – meist teurer**
Von Rosemarie Stein28

Patientenrechte im Gesetz-Teil 4
Vierteilige Beitragsserie über das
Patientenrechtegesetz
Von Martina Jaklin34

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

**Der Veranstaltungskalender der
Ärztekammer Berlin**26

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....37

PERSONALIEN.....

**Die Ärztekammer Berlin trauert
um ihre im Jahr 2012 verstorbenen
Kolleginnen und Kollegen**
.....24

**Bestandene Facharztprüfungen
Januar/Februar 2013**32

BUCHBESPRECHUNGEN...

**Weymayr/Heißmann:
Die Homöopathie-Lüge**.....4

**Scherf: „Reife Reise“
Wie wir alt werden wollen**
.....38

FEUILLETON.....

Die wilden Berliner
Von Rosemarie Stein39

Das Jahrhundert der Patienten



Thomas Prinzler (Moderator), A. Siebenhofer-Kroitzsch, G. Gigerenzer, G. Jonitz, W.-D. Ludwig (v.L.)

„Das Jahrhundert der Patienten – Gesundheit als Bildungsproblem“, unter diesem Titel hatte das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, die Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft und die Ärztekammer Berlin am 26. Februar Vertreter aus der Presse, der Politik und des Gesundheitswesens in die Max-Planck-Science-Gallery am Gendarmenmarkt eingeladen. Das Thema und die Neuerscheinung des Buches „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin“, das nun auch in deutscher Sprache vorliegt, waren es Wert, ins Rampenlicht gerückt zu werden. Denn um nichts Geringeres als um die „Krise des Gesundheits-

wesens“ geht es. Ihr entgegenzutreten und Lösungen zur Verbesserung der Patientenversorgung vorzustellen und dabei die „Potenziale der Wissensgesellschaft besser zu nutzen“ (Vorwort Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz), ist Antrieb der Macher dieses Buches – allen voran der Bildungsforscher Prof. Gerd Gigerenzer, der beharrlich seit Jahren auf den Wissensmangel in der medizinischen Versorgung aufmerksam macht, und sein Kollege Sir Muir Gray, Leiter des Informationsdienstes des staatlichen Gesundheits-servers NHS in Großbritannien mit gleicher Mission. Über 40 internationale Autorinnen und Autoren, allesamt

Gesundheitsexperten mit unterschiedlichem Background, haben sie für dieses Buchprojekt 2009 im Rahmen des Ernst-Strüngmann-Forums in Frankfurt a. M. zusammengebracht, um Ideen und Ansätze für eine bessere Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Prof. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch (Leiterin Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Univ. Frankfurt a. M.), Prof. Wolf-Dieter Ludwig (Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft), Prof. Gerd Gigerenzer und Dr. Jonitz stellten an diesem Abend gemeinsam das Buch vor. Einig waren sich am Ende alle, „der getäuschte Patient (sei) das Opfer einer Kette unausgewogener Informationen“ (Gigerenzer/Gray), die gezielt von der Industrie lanciert werden. „Defensive Medizin und Ärzte, die statistische Evidenz mangelhaft verstehen“ (Gigerenzer) seien die Hauptursache für das Zustandekommen dieses Missstandes und dem sei allein durch Transparenz und unabhängige wissenschaftliche Information zu begegnen. Welche

Möglichkeiten es dazu gibt und welche Ergebnisse das Ernst-Strüngmann-Forum 2009 hervorgebracht hat, sind in diesem, rund 400 Seiten inhaltsstarken Buch nachzulesen. Der Schlüssel ist „Sauberes Wissen“. „Durch ‚sauberes Wissen‘ werden Ärztinnen und Ärzte, aber auch alle anderen Gesundheitsberufe besser befähigt, zur richtigen Zeit die richtigen Entscheidungen zu treffen und damit ihre Verantwortung für das Wohl und Wehe kranker Menschen besser zu übernehmen“ (Jonitz). Kapitel wie „Ist der Patient das Problem?“ oder „Mangelnde Gesundheitskompetenz: Wie die Öffentlichkeit informiert wird“ machen neugierig.

M. Peeters

„Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin. Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen“, Vorwort von Günther Jonitz. Gerd Gigerenzer/J. A. Muir Gray (Hrsg.); Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, deutsche Ausgabe 2013 ISBN 978-3-941468-82-5

Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



Jüdisches Krankenhaus Berlin

Seit dem 1. März 2013 ist Priv.-Doz. Dr. Gerhard

Jan Jungehülsing neuer Chefarzt der Klinik für Neurologie am Jüdischen Krankenhaus Berlin. Ehemals Oberarzt der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Charité am Campus Benjamin Franklin, folgt er der langjährigen Chefarztin Frau Prof. Dr. med. Judith Haas, die jetzt die Leitung der Klinik für Multiple Sklerose am Jüdischen Krankenhaus übernommen hat.

Vitanas Klinik für Geriatrie im MV

Seit dem 1. Februar 2013 leitet Dr. Andreas Schwitzke als neuer Chefarzt und Ärztlicher Direktor die Vitanas Klinik für Geriatrie im Märkischen Viertel, Senftenberger Ring 51, 13435 Berlin. Der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie war zuletzt als Oberarzt für Geriatrie in den Helios Kliniken Berlin-Buch und Emil von Behring tätig. Herr Dr. Schwitzke tritt die Nachfolge von Dr. med. Eric Hilf an, der die Vitanas Klinik verlassen hat.

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

Das Buch zur Ausstellung in der Ärztekammer Berlin

NEU ERSCHIENEN

BERLINER ÄRZTE BILDr.BUCH

Katalog, 128 Seiten,
Hardcover, mit Abbildungen
aller 300 Titel seit 1988

Bestellungen an:
info@sehstern.de

oder telefonisch unter:
030. 217 60 99

Einzelpreis 19,80 EUR
zuzüglich Versand

www.sehstern.de



ANZEIGEN

Brücken zwischen Forschung und Praxis

Das TU-Audimax war brechend voll. Der jährliche Kongress „Armut und Gesundheit“ – schon der 18. – hat sich mit über 2.000 Teilnehmern zum größten deutschen Public Health-Kongress entwickelt, hob Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) in seinem Grußwort hervor. Auch die Ärztekammer Berlin zählt von Anfang an zu den Kooperationspartnern der Veranstalter: der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung „Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.“ und der TU mit ihrem „Zentrum Technik und Gesellschaft“. Das Treffen der Experten aus Praxis und

Wissenschaft bleibt inhaltlich zwar seinem Titel stets treu, hat sein Themenspektrum aber mehr und mehr erweitert. Auch hinterfragen die Initiatoren und Teilnehmer das eigene tägliche Tun zunehmend selbstkritisch auf seine Wirksamkeit und diskutieren die Ansätze zu deren Steigerung; besonders durch Vernetzung der zahllosen Einzelprojekte zur Förderung der Gesundheit, vor allem der am meisten Gefährdeten, der sozial Benachteiligten. Es fiel jetzt auf, wie sehr man der kurativen Medizin naheifert, indem man sich um qualitätsgesicherte, evidenzbasierte oder

zumindest nachträglich evaluierte Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung bemüht. „Brückenbauen zwischen Wissen und Handeln – Strategien der Gesundheitsförderung“ war diesmal Kongressschwerpunkt. Der Brückenbau scheint bitter nötig – damit wissenschaftliche Erkenntnisse nicht weiterhin zwei Jahrzehnte brauchen, ehe sie in die Praxis umgesetzt werden, wie Elisabeth Pott bemerkte. In der von ihr geleiteten „Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung“ versucht man, den professionell Gesundheitsfördernden ständig den neuesten Stand des Wissens zu

vermitteln und die Evaluation ihrer Projekte auf den Weg zu bringen. Denn selbst diese Bewertung des Nutzens im Nachhinein fehlt noch vielfach. Zumindest beginnt man, besser zusammenzuarbeiten und voneinander zu lernen. Es gibt viele kommunale Netzwerke (in Berlin auf Bezirksebene, zum Beispiel das „Netzwerk Gesundes Neukölln“) und überregionale gemeinsame Initiativen.

Als Beispiel nannte Professorin Pott den Kooperationsverbund „gesundheitliche Chancengleichheit“, von der Bundeszentrale 2003 gegründet. Zurzeit gehören dazu „58 Spit-

zenorganisationen aus dem Gesundheitswesen, der Kommunal- und Arbeitsverwaltung sowie der Wohlfahrt und Wissenschaft“, berichtete sie. Deren Vorhaben und Programme für sozial Benachteiligte werden begutachtet, und bisher konnten 113 als „Gute Praxis der Gesundheitsförderung“ bewertet werden, 60 davon für Kinder und Jugendliche.

Was die Wissenschaft betrifft, so sollte sie „das erforschen, was für die Praxis wichtig ist“, forderte Elisabeth Pott – und nicht sie allein. Ansgar Gerhardus, Erster Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Public Health, kritisierte in

seinem viel applaudierten, weil zugleich tiefgründigen und witzsprühenden Eröffnungsvortrag, die Wahl von Forschungsgegenständen. Hierfür sei leider selten der Bedarf entscheidend, sondern sehr oft die Interessenlage der Forscher und ihre Geldgeber. Um die Glaubwürdigkeit von Studienergebnissen beurteilen zu können, müsse man „das Kleingedruckte“ lesen: Die Liste der Firmen und Organisationen, die den Forscher in Interessenkonflikte bringen, sei manchmal fast so lang wie sein Fachbeitrag selbst.

R. Stein

Weiterbildung

Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Termine 9 Stunden Theoriekurs:

jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr

14.03.2013, 11.04.2013 und 25.04.2013

Gesamtgebühr: 550€, 9 Fortbildungspunkte

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

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

Cyproteronazetat

Tödliche thromboembolische Ereignisse

Cyproteronazetat wird in Kombination mit Ethinylestradiol (Diane®) zur Therapie ausgeprägter Formen von Akne verordnet, als „Nebenwirkung“ hat das Präparat auch eine empfängnisverhütende Wirkung. In Frankreich soll das Arzneimittel aufgrund zahlreicher aufgetretener Thromboembolien und nach einigen Todesfällen innerhalb von 3 Monaten vom Markt genommen werden. Eine Erhöhung thromboembolischer Ereignisse unter oralen Kontrazeptiva ist lange bekannt – insbesondere Rauchen und Übergewicht erhöhen das Risiko. Derzeit wird von der europäischen Überwachungsbehörde EMA überprüft, ob zur Therapie von Akne Diane® unverzichtbar ist. Ebenfalls geprüft wird die Sicherheit der Kontrazeptiva der dritten und vierten Generation.

Quellen: www.aerzteblatt.de/nachrichten/53214, Pharm. Ztg. 2013; 158: 107

DGGEF

„Pille danach“

Die deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) hat zur Notfallkontrazeption eine gemeinsame Stellungnahme mit dem Berufsverband der Frauenärzte verfasst. Darin werden die verschiedenen Möglichkeiten einer Notfallkontrazeption neutral zusammengefasst.

Primär (1) wird die Gabe von 30 mg Ulipristal (ellaOne®) empfohlen, sekundär die von 1,5 mg Levonorgestrel (PiDaNa®). Beide Arzneistoffe sind in den angegebenen Dosen nicht implantationshemmend oder abortiv, wirken jedoch nicht zu 100 % (abhängig z.B. von der vergangenen Zeit und auch vom Körpergewicht). Sie erfordern einen Schwangerschaftstest, wenn die Menstruation eine Woche nach dem erwarteten Zeitpunkt noch nicht eingesetzt hat oder schwächer als üblich ausfällt.

Als eine zu 99 % sichere Verhütung wird die Einlage eines zugelassenen Kupfer-IUD (z.B. GyneFix®) empfohlen, die Spirale wirkt über eine Implantationshemmung. Medizinisch zählen Spiralen zu den Verhütungsmethoden (im Gegensatz zu einem Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston, Mifegyne®).

Quelle: www.seminarbuch-gyn-endo.de

Anmerkung (1): In einer pharmakritischen Zeitschrift wird noch 2010 angezweifelt (und diese Zweifel gegen eine Beschwerde des Herstellers verteidigt), dass Ulipristal primär angewandt werden sollte.

Quelle: *Prescrire internat.* 2010; 19: 53 ff und 265-6

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 3/2013

Das neue Betäubungsmittelrezept

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gibt seit 4.3.2013 neue Betäubungsmittelrezeptformulare (BtM-Rezepte) aus. Die alten Rezepte behalten noch bis zum 31.12.2014 ihre Gültigkeit und sollten weiterverwendet werden, bis sie vollständig aufgebraucht sind.

Ärztinnen und Ärzte sollten die alten Rezepte daher nicht an die Bundesopiumstelle zurücksenden. Die Regelungen für das Ausfüllen der BtM-Rezepte ändern sich nicht.

Neu eingefügte Sicherheitsmerkmale sorgen für eine fälschungssichere Verwendung der BtM-Rezepte. Die Echtheit der BtM-Rezepte kann in jeder Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden. Unter UV-A-Licht (wie bei der Geldscheinprüfung) verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend. Mit der Einführung neuer BtM-Rezepte wird dem Anliegen des Gesetzgebers Rechnung getragen, die Versorgung der Bevölkerung mit Betäubungsmitteln ohne übermäßigen bürokratischen Aufwand zu gewährleisten und gleichzeitig den Missbrauch von Betäubungsmitteln so weit wie möglich auszuschließen. Die alten BtM-Rezepte

behalten bis auf Weiteres ihre Gültigkeit. Ärzte sollten auf keinen Fall ihre alten BtM-Rezepte unaufgefordert an die Bundesopiumstelle zurücksenden, um sie gegen neue BtM-Rezepte einzutauschen. Die alten BtM-Rezepte sollten weiterverwendet werden, bis sie vollständig aufgebraucht sind.

Die Regelungen für das Ausfüllen der BtM-Rezepte ändern sich nicht. Die

neuen BtM-Rezepte werden jedoch weitgehend an das aktuelle Muster 16 (Muster für das „Kassenrezept“) angepasst. Sie tragen zudem eine deutlich sichtbare, fortlaufende, neunstellige Rezept-

nummer. Die Zuordnung der BtM-Rezepte zum verschreibenden Arzt erfolgt in Zukunft ausschließlich über diese Rezeptnummer. Die Bundesopiumstelle stellt den verschreibenden Ärzten jährlich ca. 12 Millionen Betäubungsmittelrezepte schnell und kostenlos zur Verfügung. Sie dienen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die auf Betäubungsmittel, wie z.B. starke Schmerzmittel, angewiesen sind. Weiterführende Informationen zum neuen BtM-Rezept, inklusive einer detaillierten Beschreibung der Sicherheitsmerkmale hat das BfArM im Internet zusammengestellt:

www.bfarm.de/btm-rezept



Die Kunst, schlechte Nachrichten gut zu überbringen Breaking Bad News nun auch als Aufbaukurs

Eigentlich müsste der Arzt zu seiner Patientin sagen: „Sie werden an diesem Tumor sterben.“ Doch der Arzt steht vor einem Dilemma: „Im Studium wurde ich nicht vorbereitet. Und jetzt, im Alltag, ist die Zeit eigentlich nie da – man nimmt sie sich einfach nicht. Dennoch, den Druck spürt man immer“, sagt er.

Seit 2010 führt die Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité regelmäßig und mehrmals im Jahr das zweitägige Seminar „Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen – Breaking Bad News“ durch. Unter der Leitung von Fr. Dr. Christine Klapp werden hier aktive Gesprächs- und Aufklärungskonzepte erarbeitet, die Ärztinnen und Ärzten helfen, mit Patienten über gravierende Diagnosen und schlechte Prognosen adäquat zu sprechen. Fallbeispiele werden im Rollen-

spiel mit trainierten Simulationspatienten bearbeitet und praktische Fähigkeiten geübt. Seminare dieser Thematik werden zunehmend nachgefragt – von Ärztinnen und Ärzten. Aber auch in den Medien wird aufmerksam wahrgenommen, dass Ärzte hier lernen, „wie sie Patienten schlechte Nachrichten überbringen können“ (Berliner Zeitung vom 30.12.2011). Im Medizinstudium erhalten nicht-technische Fertigkeiten, allen voran kommunikative Fähigkeiten einen höheren Stellenwert. Die Wurzeln des Kurses Breaking Bad News liegen in innovativen Ansätzen im Reformstudien-gang an der Charité.

Mit dem Besuch eines einzigen Seminars ist es für viele der Teilnehmer jedoch noch nicht getan: Einige äußerten den Wunsch über die praktischen Erfahrungen mit dem Gelernten

hinaus, die Möglichkeit zu erhalten, eigene Fälle mit Simulationspatienten darstellerisch umsetzen und üben zu können.

In diesem Jahr bietet die ÄKB wieder in Kooperation mit der Charité nun erstmals einen Aufbau-Kurs (06.-07.09.2013) an, der diese Wünsche berücksichtigt. Dieser wird ergänzt durch Informationen zu Copingstrategien für die beteiligten Ärzte („Wie geht man mit der eigenen Belastung um?“) und möglichen inhaltlichen Schwerpunkte wie

- Gespräche mit Angehörigen,
- Begleitung zum Lebensende,
- pränatale Diagnostik,
- Spiritualität und

• ethnisch-kulturelle Besonderheiten.

Auch hier gilt wie für Operieren, Klavier spielen, Paragliders fliegen etc., wenn man es so „gut“ wie möglich machen will: Abgucken reicht nicht – begleitetes Üben mit konstruktiver Kritik hilft Patient/in und auch Ärztin/Arzt.

Weitere Informationen und Anmelde-möglichkeiten bei Fr. S. Zippel, s.zippel@aekb.de, Tel. 40806-1209.

Termin: 06.-07.09.2013
Ort: Ärztekammer Berlin
Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt.
290 €, 17 Fortbildungspunkte.

Arzneimittel

Europäische Kommission setzt Vorschlag der Ärztekammer Berlin um

Arzneimittel, die einer zusätzlichen Überwachung unterliegen, werden künftig durch ein schwarzes Dreieck gekennzeichnet. Das beschloss die Europäische Kommission Anfang März. Ein auf der Spitze stehendes schwarzes Dreieck soll ab September 2013 verwendet werden, um nach dem 1. Januar 2011 zugelassene neue Arzneiwirkstoffe, biologische Arzneimittel wie Impfstoffe und Plasmaprodukte zu kennzeichnen. Außerdem sollen Medikamente, für die nach der Zulassung weitere Daten erforderlich sind oder deren Zulassung bestimmten Bedin-

gungen oder Beschränkungen in Bezug auf ihre sichere und wirksame Anwendung unterliegen, gekennzeichnet werden. Im Begleittext werden Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe außerdem aufgefordert, unerwartete Nebenwirkungen über die nationalen Meldesysteme mitzuteilen. Die EU-Kommission setzt damit einen Vorschlag der Ärztekammer Berlin aus dem Jahr 2011 um. Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz hatte damals angesichts des Praxista-Falls eine Kennzeichnung neuer Medikamente mit einem Dreieck gefordert.

Fortbildung

Neue Regelung zum Fortbildungspunkteübertrag

In 2006 wurde zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin vereinbart, dass diejenigen Berliner Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die aus einem Fortbildungszertifikatszeitraum mehr als die für die Ausstellung eines Fortbildungszertifikates der Ärztekammer Berlin vorgeschriebene Mindestanzahl von 250 Fortbildungspunkte erworben haben, grundsätzlich bis maximal 50 „überzählig“ erworbene Fortbildungspunkte in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum übertragen lassen können. Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der Ärztekammer Berlin haben Einvernehmen darüber hergestellt, diese Regelung ab 2013 außer Kraft zu setzen. Die gängige Praxis, dass eine vorfristige Zertifikatsausstellung erfolgen kann, sobald 250 Fortbildungspunkte erreicht sind, wird beibehalten. Für die Punktekontenverwaltung und Ausstellung der Fortbildungszertifikate durch die Ärztekammer Berlin für die fortbildungsnachweispflichtigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gemäß der Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V kommt damit in Berlin ab 2013 folgende Regelung zur Anwendung:

Für alle Zertifikatszeiträume, die ab dem 01.07.2013 beginnen, gilt: Bei der Ausstellung eines Erst- oder Folgezertifikates erfolgt kein Übertrag von überzähligen Fortbildungspunkten in den nachfolgenden Zertifikatszeitraum.

MB-Monitor 2013

KH-Ärzte sehen negative gesundheitliche Folgen durch überlange Arbeitszeiten

Fast drei Viertel der Klinikärzte fühlt sich durch die Gestaltung der Arbeitszeiten in ihrer Gesundheit beeinträchtigt, so das Ergebnis einer repräsentativen Umfrage unter Mitgliedern des Marburger Bundes, die das Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME), Landau, durchgeführt hat. An der Online-Befragung im Auftrag des Marburger Bundes beteiligten sich in

der Zeit vom 14. Januar bis 15. Februar 2013 insgesamt 3309 Krankenhausärzte. Befragt wurden Assistenz-Ärzte, Fachärzte, Oberärzte, Chefarzt-Stellvertreter und Chefärzte an Kliniken jedweder Trägerschaft. Der MB-Monitor 2013 gibt einen aktuellen, umfassenden Einblick in die Realität der Arbeitszeitgestaltung von Krankenhausärzten. Drei Viertel der Ärztinnen und Ärzte arbeitet

im Durchschnitt mehr als 48 Stunden pro Woche. 47 Prozent erklärten, dass ihre tatsächliche Wochenarbeitszeit inklusive Überstunden und Bereitschaftsdienste im Durchschnitt zwischen 49 und 59 Stunden liegt. Ein Viertel (24 Prozent) der Ärzte ist pro Woche 60 bis 79 Stunden im Dienst und drei Prozent der Ärzte arbeiten sogar durchschnittlich mehr als 80 Stunden

pro Woche. Mehr als die Hälfte der Krankenhausärzte (53 Prozent) verneinten die Frage, ob sämtliche Arbeitszeiten systematisch erfasst werden. Knapp drei Viertel der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte (71 Prozent) haben das Gefühl, dass sich die Gestaltung der Arbeitszeiten negativ auf ihre Gesundheit auswirkt, z.B. in Form von Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit.

Weiterbildung

Sozialmedizin – ganz „up to date“

Sozialmedizin als Teil ärztlichen Handelns hat inzwischen eine lange Tradition. Seit dem 18. Jahrhundert hat sich das Interesse, den Menschen als Ganzes und im Kontext seiner Umwelt zu sehen und daraus Rückschlüsse auf Gesundheit fördernde und schädigende Faktoren zu ziehen, kontinuierlich entwickelt. Doch erst in den letzten 30 Jahren hat Sozialmedizin auch in der Lehre ihren festen Platz gefunden: Zunächst als Fachkunde etabliert, ist sie inzwischen als Zusatzweiterbildung für Ärzte in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern fest verankert.

Eine Voraussetzung, Sozialmediziner zu werden, ist die Teilnahme an den erforderlichen Weiterbildungskursen. In Berlin können interessierte Ärztinnen und Ärzte die Kurse an der Akademie für Sozialmedizin absolvieren. Getragen von der Deutschen Rentenversicherung Bund, der Deutschen Rentenversicherung Berlin-Brandenburg und der Ärztekammer Berlin, führt die Akademie seit mehr als 25 Jahren diese Kurse regelmäßig und mit großem Erfolg durch. In der Gestaltung der Kurse orientiert

sich die Akademie am Kursbuch Sozialmedizin der Bundesärztekammer und stellt auf diese Weise sicher, dass alle Landesärztekammern Deutschlands die Kurse anerkennen. Wie alles in der Medizin, entwickelt sich auch die Sozialmedizin weiter. Die regulären Kurse bieten den jeweiligen Erkenntnisstand, doch was einmal Gültigkeit hatte, das mag nach zehn oder zwanzig Jahren von der Entwicklung überholt worden sein. Die Akademie hat deshalb zwei kompakte Module entwickelt, mit deren Hilfe wichtige sozialmedizinische Grundlagenkenntnisse in eineinhalb Tagen auf den derzeit aktuellen Stand gebracht werden können. Das erste Update wird vom 16. – 17.5.2013 im Ausbildungszentrum der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin, Nestorstr. 23 stattfinden und steht allen interessierten und engagierten Sozialmedizinerinnen und Sozialmedizinern offen. Informationen und Anmeldungen unter geschaeftsstelle.akademie@drv-bund.de beziehungsweise www.afs-berlin.de.

*Dr. med. Susanne Weinbrenner
Dr. med. Karen Hemmrich*

Kurs

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

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.: 40 80 6-1203,
E-Mail: begutachtung@aekb.de

Pflegekammern: Die Pflege drängt auf Eigenständigkeit

Die Schaffung eigenständiger Pflegekammern steht gerade auf der politischen Agenda in Deutschland. Dabei ist die Debatte um Sinn und Unsinn von Pflegekammern nicht neu. Seit zwei Jahrzehnten streiten Befürworter und Gegner miteinander. Während die einen sich die Aufwertung der Profession Pflege erhoffen, warnen andere vor neuen bürokratischen Strukturen, Pflichtmitgliedschaft und -beiträgen ohne erkennbaren Gegenwert für die Angehörigen der Berufsgruppe Pflege.

Von Eugenie Wulfert





Bereits vor 22 Jahren hat es mit dem „Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern“ die erste Initiative gegeben. Seither haben sich viele Pflegeverbände die Selbstverwaltung als Ziel auf die Fahne geschrieben. Trotz großer Bedenken ist eins wohl unumstritten: Eine stärkere Wertschätzung der Pflegeberufe ist angesichts der Herausforderungen, denen sich die Angehörigen der Berufsgruppe täglich stellen, längst überfällig.

Fest steht: Der Bedarf an Pflegekräften wird genauso wie die Anforderungen an diese Berufsgruppe weiter wachsen. Bis 2030 werden Schätzungen zufolge etwa 500.000 Pflegekräfte fehlen, gleichzeitig wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen weiter steigen. Professionelle Pflege ist also ein hohes Gut, funktionierende und zukunftssichere pflegerische Ausbildungs- und Versorgungssysteme von gesamtgesellschaftlichem Interesse. Schließlich ist die steigende Pflegebedürftigkeit eines der zentralen Zukunftsthemen der Gesellschaft.

Seit zwei Jahrzehnten trommeln also Pflegeverbände und seit ihrem Bestehen auch deren Dachorganisation, der Deutsche Pflegerat (DPR), unermüdlich für eine eigene Kammer. Pflegekammern in den Ländern sollen, so ihre

Hoffnung, wie bei Ärzten, Psychotherapeuten oder Rechtsanwälten die Qualität des Berufsstandes sicherstellen, für Fort- und Weiterbildung, die Einhaltung ethisch-moralischer Grundsätze bei der Berufsausübung sowie politische Vertretung der Pflege sorgen.

An der Forderung nach der Einrichtung von Pflegekammern scheiden sich allerdings die Geister: Kritiker bezweifeln, dass eine Kammer die Probleme des Berufsstandes Pflege lösen kann. Befürworter, darunter auch Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates, widerspricht dem energisch. Nur eine Kammer sei die „richtige Institution, um weitere Fehlentwicklungen in der Pflege zu verhindern“, betont er. „Nur dann, wenn die Profession der Pflegenden ihr Berufsfeld und ihre Aufgaben eigenständig und eigenverantwortlich organisieren, ist eine Weiterentwicklung aus der Berufsgruppe und mit der Berufsgruppe überhaupt möglich.“

Stärkere Beteiligung an politischen Entscheidungen

Die Berufsgruppe der Pflegenden soll Schätzungen zufolge etwa 1,2 Millionen Beschäftigte zählen und stellt damit die größte Gruppe der Gesundheitsberufe. Dass ausgerechnet ihr im deutschen Gesundheitswesen Kammern – und „damit ein Agieren auf Augenhöhe mit anderen Berufs-



DPR-Präsident Westerfellhaus:

» Eine Pflegekammer ist die richtige Institution, um weitere Fehlentwicklungen in der Pflege zu verhindern.«

gruppen“ – verwehrt sind, hält der DPR-Präsident für untragbar. Denn heute werden die Pflegenden noch immer, so sein Vorwurf, nicht ernsthaft an politischen Entscheidungen beteiligt.

Trägerverbände, Ärztekammern, Krankenkassen und Pflegekassen seien selbstverständlich als Verhandlungspartner im politischen und strategischen Geschäft verankert und beteiligten sich am „Verteilungskampf“ im Gesundheitswesen. „Sie sind es, die das Maß von Qualität der Pflege definieren oder auch rationieren“, kritisiert Westerfellhaus. „Alle, die sich außerhalb der Profession als Pflegeexperten aufspielen, vertreten aber Individualinteressen, die sich kaum mit den Interessen der Pflegeberufe decken.“ Diese seien zwar hier und da beteiligt, aber nicht verbindlich in die politischen Entscheidungsprozesse integriert und hätten vor allem kein Stimmrecht.

Westerfellhaus kann dafür gleich mehrere Beispiele nennen: So durfte die Pflege seinen Angaben nach weder bei der Neugestaltung des neuen Berufsgesetzes und der Prüfungsverordnung Pflege noch bei der Definition der

eigenverantwortlichen Tätigkeitsfelder im Rahmen von vorbehaltenen Tätigkeiten mitwirken. „Das kann aber niemand anders“, sagt Westerfellhaus.

Was ist aber eine Kammer? Was bedeutet deren Einrichtung für die Berufsgruppe? Eine Kammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, die Selbstverwaltungsaufgaben eigenverantwortlich unter staatlicher Rechtsaufsicht wahrnimmt.

Eine Pflegekammer hätte demnach zum Beispiel die Funktion, eine Berufsordnung zu verabschieden und zu überwachen, verbindliche Vorgaben in Sachen Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung sowie der Berufsausübung zu machen. Bei Nichteinhaltung festgelegter beruflicher Mindeststandards oder Missachtung des beruflichen Verhaltenskodex wäre die Kammer ermächtigt, entsprechende Disziplinarmaßnahmen durchzuführen.

Die gewünschten Pflegekammern unterscheiden sich allerdings von den meisten anderen Kammern darin, dass ihnen nicht überwiegend Freiberufler

und Selbstständige angehören, sondern fast ausnahmslos abhängig Angestellte. Das soll aber nach Ansicht von Westerfellhaus kein Argument gegen eine Pflegekammer sein. Auch angestellte Ärzte seien in der Ärztekammer organisiert, entgegnet er.

Das bestätigt auch ein Gutachten des Kieler Sozialrechtlers Professor Dr. Gerhard Igl aus dem Jahr 2008. Das Bundesverfassungsgericht habe zwar klare Grenzen für die Einrichtung von Selbstverwaltungen mit Pflichtmitgliedschaften gesteckt, dennoch gibt es laut diesem Gutachten, das im Auftrag des Deutschen Pflegerates erstellt wurde, keinen juristischen Hinderungsgrund für Pflegekammern. Ein weiteres Gutachten von Prof. Dr. Robert Roßbruch hat gezeigt, dass die Einrichtung von Pflegekammern auch mit EU-Recht vereinbar sei. Grünes Licht also für eine blühende Zukunft der Pflege?

ver.di: Pflegekammern lösen keine Probleme

Mitnichten, meinen die Kritiker. Vor allem Arbeitgeberverbände (Arbeitgeberverband Pflege, Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste [bpa] etc.) und Gewerkschaften (ver.di, Pflege-Gewerkschaft) haben sich deutlich gegen Pflegekammern ausgesprochen. Kammern mit Pflichtmitgliedschaft schmälerten die Grundrechte Pflegenden, bewirkten unnötige Bürokratie und lösten Probleme wie den Fachkräftemangel und die künftige Finanzierung der Pflege nicht, lauten ihre Argumente. Die ihnen zugedachten Aufgaben würden bereits von anderen Organisationen, Einrichtungen und Verbänden wahrgenommen. Außerdem sei nicht ersichtlich, welche Aufgaben von einer Kammer besser wahrgenommen werden könnten als von einer staatlichen Stelle.

„Der Schlüssel zur Stärkung der pflegerischen Berufe liegt in der nachhaltigen Verbesserung der Arbeits- und Entlohnungsbedingungen für die Pflegekräfte“, sagt Melanie Wehrheim, Fachbereichsleiterin Berufspolitik, Fachbereich 3 der ver.di-Bundesverwaltung. „Für bessere Arbeitsbedingungen sind ein verbindliches Personalbemessungsverfahren und eine entsprechende Finanzierung des erforderlichen Personals notwendig. Diese Rahmenbedingungen zu schaffen, liegt in der Verantwortung des Gesetzgebers“. Eine Pflegekammer hätte hierauf kaum Einfluss.

Ebenso wenig könne eine Pflegekammer eine bessere Bezahlung durchsetzen. In der Tat liegt die Tarifautonomie in Händen der Sozialpartner und würde durch die Einführung einer Pflegekammer nicht berührt.

Auch die Hoffnung der Pflege auf ein höheres Ansehen und Wertschätzung kann eine Pflegekammer aus Sicht von ver.di nicht erfüllen. „Das Ansehen eines Berufsstandes ist eng an die Vergütungsmöglichkeiten und an die Arbeitsbedingungen geknüpft. Eine Pflegekammer könnte daran nichts verändern, aber sie würde die Beschäftigten Geld kosten. Es ist zu bedenken, dass sich das hohe Ansehen des ärztlichen Berufsstandes in der Bevölkerung nicht in der Existenz der Ärztekammern begründet“, zeigt sich Wehrheim überzeugt. Die Bedeutung der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer als Sprachrohre der Ärzteschaft resultiere wiederum nicht aus ihrer Kammereigenschaft, sondern aus der gesellschaftlichen Bedeutung, die der Ärzteschaft gemeinhin zugemessen wird, glaubt die Gewerkschafterin.

Die Vorstellung der Pflegekammerbefürworter, dass im Falle der Einrichtung der eigenen Selbstverwaltung

ver.di-Gewerkschafterin Wehrheim:

» *Die organisatorische Zersplitterung der Pflegeberufe lässt sich nicht durch eine Mitgliedschaft in einer Kammer aufheben.«*

die Pflege mit „einer Stimme“ sprechen würde, sei ebenfalls irreführend. „Die Interessenlagen der jetzt existierenden Verbände lassen sich nicht durch eine Mitgliedschaft in einer Kammer aufheben, sondern wird sich vielmehr in deren Zusammensetzung widerspiegeln“, meint die ver.di-Fachbereichsleiterin.

Auch pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Qualitätssicherung sollten nach Ansicht von ver.di aufgrund des gesamtgesellschaftlichen Interesses lieber in staatlicher Hand bleiben. ver.di schlägt dagegen vor, interne Qualitätskontrolle durch die Betriebe um eine externe Qualitätskontrolle durch die Kostenträger und die Betroffenen, beispielsweise Verbraucherverbände, Patienteninitiativen, Selbsthilfegruppen etc., zu ergänzen. „Qualität der Dienstleistung wird ohnehin sehr viel stärker durch die Rahmenbedingungen und die Vorgaben des Arbeitgebers beeinflusst als durch das individuelle Verhalten der Beschäftigten“, heißt es bei ver.di. Deshalb bedürfe es keiner zusätzlichen Disziplinierungsinstrumente.



Foto: privat

Pflichtmitgliedschaft und -beitrag untragbar?

Als einen der Hauptkritikpunkte führen die Gegner Pflichtmitgliedschaft und -beitrag ins Feld. Eine Pflichtmitgliedschaft würde dem unzureichenden Engagement in beruflichen Angelegenheiten nicht abhelfen, denn wer sich nicht freiwillig engagiert, wird es erst recht nicht in einer Pflichtkörperschaft tun, lautet die Argumentation. Es würde allenfalls durch die Pflichtbeiträge „ein bürokratischer Apparat finanziert, der hauptamtlichen Kammerfunktionären ein Tummelfeld eröffnet, wo sonst staatliche Stellen, die aus Steuermitteln finanziert werden“, tätig werden müssten.

Aus ver.di-Sicht heißt es folgerichtig, dass Verkammerung eine Privatisierung öffentlicher Aufgaben zu Lasten der Berufsangehörigen bedeute. Diese Lastenverschiebung widerspreche auch dem Grundsatz der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für die pflegerische Versorgung.



Professor Heniz Lohmann:

» Eine Aufwertung der Pflegeprofession durch Verkammerung ist pure Illusion.«

Das Positionspapier des Fachbeirates Pflege zur Errichtung einer Kammer für Pflegenden beim Sozialministerium in Hessen geht in einem Modell davon aus, dass der Beitrag bei 0,15 Prozent der jährlichen Brutto-Einkünfte liegen könnte. Das bedeutet bei einem Gehalt von 20.000 bis 25.000 Euro einen Beitrag von 30 Euro jährlich.

Beim größten Dachverband der Pflege, dem Deutschen Pflegerat, stößt die Position von ver.di und Arbeitgeberverbänden wie dem bpa auf heftige Kritik. „Möglicherweise ist die Angst vor einem großen neuen Player im Gesundheitswesen ein Grund für die Ablehnung“, vermutet sein Präsident, Andreas Westerfellhaus: „Man hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten gut damit eingerichtet, dass man über die Pflegenden fremdbestimmen darf. Damit ist Schluss.“

Zwar verneint die ver.di-Fachbereichsleiterin Wehrheim die Angst vor einem möglichen Mitgliederschwund, eine Passage in der Broschüre „Argumente und Fakten“ spricht dennoch eine etwas andere Sprache. Dort heißt es, dass der

Kammergedanke dann „kontraproduktiv wird, wenn Berufsangehörige angesichts des Pflichtbeitrags auf die Mitgliedschaft und Engagement in Berufsverbänden und Gewerkschaften verzichten“. Die Autoren der Schrift schicken dann auch gleich eine Drohung hinterher: „Das wird sich in der Folge früher oder später auch auf ihre Einkommenssituation auswirken.“

Innovation als Alternative zur Verkammerung?

Dennoch: Nicht nur Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, denen man Eigeninteressen unterstellen kann, sprechen sich offensiv gegen Pflegekammern aus. Auch manch eine seriöse Stimme bezweifelt den Mehrwert einer Kammer für die Pflegenden. Professor Heinz Lohmann etwa hält die großen Erwartungen, die manche Funktionsträger an eine Verkammerung knüpfen, für übertrieben. „Sie erhoffen sich die Aufwertung ihres Berufs. Das ist pure Illusion“, lautet das harte Urteil des anerkannten Gesundheitsexperten. Denn Wertschätzung und Status

folgen seiner Ansicht nach anderen Kriterien als der Mitgliedschaft in einer Kammer.

Eine Kammer sei, einfach ausgedrückt, nichts anderes als ein verlängerter Arm der öffentlichen Verwaltung. „Sie ist dafür da, Gesetze auszuführen, nicht diese zu schaffen. Sie kann im Prinzip nur Anforderungen an den Berufsstand ausformulieren, die durch den gesetzlichen Rahmen vorgegeben sind“, erklärt er. „Die Konsequenz: Noch mehr neue Regeln, die wir in unserem ohnehin deutlich überregulierten Gesundheitssystem nicht brauchen“, warnt der Experte. Innovative Pflegekräfte, die den Pflegebereich verändern und modernisieren wollen, würden sich, seiner Einschätzung nach, aber von den neuen Vorschriften und Regelungen eher behindert und eingegrenzt fühlen.

Der Gesundheitsunternehmer empfiehlt der Pflege daher einen anderen Weg: Sie soll sich verstärkt an den Anforderungen der Gesundheitswirtschaft orientieren und aktiv am Umbau des Gesundheitssystems beteiligen. „In Zukunft kommt es also darauf an, einen Beitrag zur Lösung künftiger Herausforderungen zu leisten“, erklärt Lohmann. Deshalb sollten die Pflegeberufe ihre unbestrittene Kompetenz in der patientenorientierten Versorgung bei der Optimierung von Leistung und Qualität herausstellen. „Das ist angesichts steigender Transparenz und dadurch wachsender Patientensouveränität ein zentrales Erfolgskriterium der Gesundheitswirtschaft“, lautet seine Einschätzung. Mit einer Kammer könne sich die Pflege nicht an die Spitze neuer Entwicklungen stellen, glaubt Lohmann. Will die Pflege an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnen und höhere Wertschätzung erfahren, müsse sie diese Chance ergreifen und sich in die Diskussion um die Patientenorientierung einbringen.

Rückenwind aus den Ländern

Einen, wenn auch zum Teil recht zögerlichen, Rückenwind spüren die Befürworter der Pflegekammern zurzeit von der Politik gleich in mehreren Bundesländern.

Schleswig-Holstein wird als erstes Bundesland eine Landespflegekammer gründen. Das hat der Kieler Landtag am 14. Dezember 2012 mit seiner Regierungsmehrheit aus SPD, Grünen und Südschleswigschem Wählerverband (SSW) beschlossen. Die Landesregierung soll nun ein entsprechendes Gesetz vorbereiten. Nach Auskunft des DPR-Präsidenten Westerfellhaus soll die Landespflegekammer nach bisherigen Planungen im Jahr 2014 ihre Arbeit aufnehmen.

Auch in Rheinland-Pfalz ist die Diskussion über die Einrichtung einer Pflegekammer in vollem Gange. Voraussetzung war für die ehemalige Sozialministerin und jetzige Ministerpräsidentin Malu Dreyer allerdings, dass die Mehrheit der professionell Pflegenden im Lande für deren Einrichtung stimmt. Auch ihr Nachfolger im Sozialministerium, Alexander Schweitzer, hält an dieser Vorgehensweise fest.

Mit der Befragung hat das Landessozialministerium deshalb noch im Dezember 2012 das Deutsche Institut für Pflegeforschung (dip) beauftragt. In einem ersten Schritt sollen sich alle Pflegekräfte bis zum 18. März bei der eigens dafür eingerichteten Befragungs- und Registrierungsstelle registrieren. Die Befragung, die parallel zur Registrierung im März 2013 gestartet ist, endete am 25. März. Ihre Ergebnisse sollen im April präsentiert werden. Stimmt die Mehrheit für die Gründung, wird wohl auch in Rheinland-Pfalz eine Pflegekammer entstehen.

Auch in Niedersachsen wird nach dem Regierungswechsel die Einrichtung einer Pflegekammer wahrscheinlicher. Noch im Juli vergangenen Jahres wurde ein ent-

Berlins Gesundheitssenator Czaja:

» *Eine Pflegekammer ist ein geeignetes Instrument, um die Pflegeberufe zu stärken.*«



sprechender Antrag der Grünen vom Landtag abgelehnt. Die damalige schwarz-gelbe Landesregierung hat dennoch eine Umfrage der Pflegekräfte angekündigt, die nun durchgeführt wird. „Über die Einrichtung einer niedersächsischen Pflegekammer wird die rot-grüne Koalition die Ergebnisse der aktuellen Befragung beraten und entscheiden“, heißt es in der rot-grünen Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und Bündnis 90/ Die Grünen. Andreas Westerfellhaus will wissen, dass der Zwischenstand der Befragung eine „deutliche Mehrheit für eine Selbstverwaltung“ aufweist.

In Bayern beabsichtigt die Staatsregierung, in der ersten Jahreshälfte 2013 eine repräsentative Umfrage der bayerischen Pflegekräfte durchzuführen. Das geht aus der Antwort des Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit auf eine SPD-Anfrage hervor. Auch Hamburgs Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) etwa fordert vor der Kammergründung ein repräsentatives Votum der Pflegenden.

Berlin wartet ab

Der Berliner Gesundheitssenator Mario Czaja (CDU) hat sich wiederholt positiv über die Einrichtung einer Pflegekammer geäußert: „Die Einführung einer Pflegekammer kann der Qualitäts- und Imageverbesserung der Pflegeberufe dienen und auch eine wirkungsvolle Interessensvertretung darstellen“, teilte er gegenüber BERLINER ÄRZTE mit. Ferner bezeichnete er eine Pflegekammer als „ein geeignetes Instrument, um die Pflegeberufe zu stärken“.

Der Senator will sich aber zunächst die Ergebnisse anderer Länder anschauen und daraus lernen. Zumal man sich innerhalb der Koalition nicht „ganz einig“ ist, wie eine Sprecherin der Senatsgesundheitsverwaltung mitteilte. In der Opposition herrscht ebenfalls Uneinigkeit. Während die Grünen eine Pflegekammer vorsichtig befürworten, ist die Linke mehrheitlich dagegen. In jedem Fall erachten es die beiden Koalitionspartner SPD und CDU für notwendig, auch in Berlin die betroffenen Berufsgruppen vorab zu befragen.



Pflege

braucht Pflege.

Noch bleibt offen, ob es nach Schleswig-Holstein zu weiteren Kammergründungen kommen wird. Der Präsident des Deutschen Pflegerates, Andreas Westerfellhaus rechnet aber mit einem Dominoeffekt. „Mit jeder weiteren Gründung wird die ablehnende Haltung der Regierungen der Bundesländer ohne eine Pflegekammer immer mehr infrage gestellt. Sie müssen sich dann zwangsläufig dem immensen Druck beugen“, prophezeit er: „Nach den guten Erfahrungen in Schleswig-Holstein wollen wir das Thema Pflegekammer auch in anderen Bundesländern in die Landtagswahlkämpfe hineinragen und so den Druck nochmals erhöhen.“

Fehlt die Unterstützung an der Basis?

Trotz aller Skepsis sind wichtige Experten aus der Pflegeszene davon überzeugt, dass eine Kammer ihrem Berufsstand helfen wird. Aber sind die Pflegeberufe an der Basis in der Lage und gewillt, ihre Funktionsträger im gewünschten Ausmaß zu unterstützen? Immer wieder argumentieren Kammergegner, die Pflegebasis würde eine Kammer mit Pflichtmitgliedschaft nicht tolerieren.

Auch DPR-Präsident Westerfellhaus gibt zu, dass der Organisationsgrad der Pflegefachkräfte sich „bislang leider auf einem sehr niedrigen Niveau bewegt“.

Nach Schätzungen sind rund zehn Prozent der Pflegenden in Berufsverbänden oder anderen Berufsorganisationen organisiert. Auch hier soll eine Selbstverwaltung Abhilfe schaffen. „Angesichts der immer schlechter werdenden Situation in der Pflege nehme ich wachsende Solidarisierung wahr. Von Pflegekammern erhoffen wir uns zusätzlich einen immensen Solidaritätsschub“, sagt er.

Auch durchgeführte, wenn auch nicht repräsentative, Umfragen der Pflegeverbände würden laut Westerfellhaus eine deutliche Zustimmung der Pflegefachkräfte zur Selbstverwaltung belegen. Eine Umfrage des Landespflegerates Hessen 2010 bei Pflegenden ergab beispielsweise, dass 98 Prozent der Befragten für eine Pflegekammer sind. „Je mehr es uns gelungen ist, die Angehörigen der Berufsgruppe aufzuklären, desto höher fiel die Zustimmung aus“, sagt der DPR-Präsident. Das allgemeine Meinungsbild unter den Pflegenden habe sich seiner Erfahrungen nach jedenfalls deutlich zum Positiven verändert.

Auch einzelne Stimmen aus den Krankenhäusern des Berliner Klinik Konzerns Vivantes scheinen diesen Eindruck zu bestätigen. Marco Schmidt, stellvertretender Stationspflegeleiter am Vivantes Humboldt Klinikum, befürwortet die Einrichtung einer Pflegekammer. „Eine Pflegekammer wäre wichtig, um die Rechte der Pflegefachkräfte besser durchzusetzen und uns einfach politisch besser positionieren zu können“, sagt er. Auch Norma Morgenroth, Krankenschwester im Vivantes-Klinikum Neukölln, spricht sich für eine Pflegekammer aus: „Dem Pflegepersonal fehlt einfach die Lobby – ein Organ, durch das die Pflegekräfte vertreten werden. Im Gegensatz zu den Ärzten haben wir bisher keine Stimme.“

Dass die Pflegekräfte die Einrichtung einer Pflegekammer nicht blauäugig und unkritisch befürworten, zeigt der Kommentar von Annett Rothmund, Krankenschwester im Vivantes-Klinikum im Friedrichshain. Trotz ihrer Zustimmung für eine Selbstverwaltung der Pflegenden bezeichnet sie die Bedenken, „dass sich damit eine von der Basis abgehobene Funktionärsschicht bildet, die viel Geld kostet und wenig im Arbeitsalltag verändert“, als berechtigt. Dennoch könne eine Pflegekammer ihrer Ansicht nach helfen, vor allem politisch an Gewicht zu gewinnen und Einfluss zu nehmen. Die Ärztekammer sei ein gutes Vorbild als mächtige Interessenvertretung. Rothmund hofft außerdem, dass durch eine Pflegekammer das „Selbstbewusstseins der Pflegenden als wichtige, unerlässliche Berufsgruppe im Gesundheitssystem, die auf Augenhöhe mit den Ärzten behandelt werden möchte“, gestärkt wird.

„Es wird ein Teil der Berufsgruppe geben, die nicht zu überzeugen ist und die Einrichtung von Pflegekammern ablehnt“, räumt Westerfellhaus ein. In einer demokratisch ausgestalteten Gesellschaft müsse man sich aber mit der Mehrheitsentscheidung abfinden. Umfragen und Stimmen von der Pflegebasis in einschlägigen Foren legen aber nahe, dass viele Pflegenden trotz einiger Bedenken tendenziell für eine Selbstverwaltung sind. Ein genaueres Bild über die Stimmung an der Pflegebasis werden wohl erst die Ergebnisse der Befragungen in den Bundesländern geben. Westerfellhaus betont jedenfalls, dass nur mit einer breiten Zustimmung und großem Engagement seiner Kollegen die Weichen für eine bessere Positionierung der Pflege in der Zukunft gestellt werden können.

Verfasserin:
Eugenie Wulfert
Medizinjournalistin

Delegierte beschließen neue allgemeine Entschädigungsregelung

Bericht von der Delegiertenversammlung am 27. Februar 2013

Die Tagesordnung der Delegiertenversammlung im Februar war überschaubar, doch gab es bei einigen Punkten intensiven Diskussionsbedarf. Dazu gehörte die Neufassung der allgemeinen Entschädigungsregelung der Kammer ebenso wie das Thema unabhängige ärztliche Fortbildung. Daneben wurden die Berliner Delegierten für den 116. Deutschen Ärztetag im Mai in Hannover gewählt.

Von Sascha Rudat

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung bat Kammerpräsident Günther Jonitz die Delegierten zunächst um eine Schweigeminute für Kilian Tegethoff, der Ende Dezember verstorben war.

Zu Beginn der Wahl der Ärztetagsdelegierten wünschte die Fraktion „Hausärzte im BDA“ eine Unterbrechung, da es noch Beratungsbedarf gab. Nach einer kurzen Pause wurde die Wahl fortgesetzt. Die Liste der Delegierten wurde von der DV einstimmig angenommen (s. Kasten, Seite 23).

Zwei dissente Punkte

Der vorgelegten Neuregelung der allgemeinen Entschädigungsregelung waren intensive listeninterne und listenübergreifende Beratungen vorausgegangen. Die vom Vorstand eingesetzte Arbeitsgruppe war ebenfalls listenübergreifend zusammengesetzt. Durch diese umfassende Vorarbeit war es mit Ausnahme von zwei Punkten gelungen, Konsens herzustellen.

Ziel der Neufassung der Entschädigungsregelung der Ärztekammer Berlin ist eine Modernisierung der Struktur und des Regelungstextes. Außerdem sollen bestehende Unklarheiten beseitigt werden. Die letzte wesentliche Anpassung der Entschädigungsbeträge erfolgte im Jahr 1993, hiernach gab es noch eine Anpassung der Entschädigung des gesam-

ten Vorstands im Jahr 1994, der Weiterbildungsausschüsse im Jahr 1996 und des Präsidenten und Vizepräsidenten im Jahr 2001. In der Drucksache wurde darauf hingewiesen, dass die aktuell vorgesehenen Beträge unter Berücksichtigung des Verbraucherpreisindex ermittelt worden seien. Berücksichtigt worden seien zudem die gestiegenen Anforderungen, die Erweiterung des Aufgabenkatalogs sowie die Vergleichbarkeit mit entsprechenden Entschädigungssätzen anderer Landesärztekammern.

Kammerpräsident Günther Jonitz (Marburger Bund) erläuterte zunächst die beiden strittigen Punkte. Das war zum einen die Einführung einer pauschalen Entschädigung in Höhe von 100 Euro für jede Sitzung der Delegiertenversammlung und zum anderen die Entschädigung für den gesamten Vorstand für erheblichen Zeitaufwand in Form einer Pauschale in Höhe von 15.000 Euro monatlich, über deren Verteilung dann der Vorstand entscheiden sollte.

Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) berichtete im Anschluss von den Beratungen in der Haushaltskommission, die sehr konstruktiv gewesen seien. Der Neuregelung der Allgemeinen Entschädigungsregelung der Ärztekammer Berlin mit Ausnahme der zwei dissidenten Punkte könne die Haushaltskommission ausdrücklich zustimmen. Laut Pickerodt lehne die Fraktion Gesundheit aber ein



Sitzungsgeld für DV-Mitglieder ab, da dies ein Präzedenzfall wäre. Seiner Ansicht nach könnten in Folge dieses Beschlusses alle Mitglieder der verschiedensten Ausschüsse, Arbeitskreise und Gremien der Ärztekammer Berlin Anspruch auf eine Sitzungspauschale erheben. Er betonte demgegenüber, dass die ehrenamtliche Arbeit in der Delegiertenversammlung ohne ein Sitzungsgeld auskommen solle.

Unterstützung bekam Pickerodt von Matthias David (Marburger Bund), der die Notwendigkeit eines Sitzungsgeldes nicht gegeben sah und einen Imageverlust der Ärzteschaft befürchtete. Er lehne diese Form der „Selbstbedienungsmentalität“ ab. Diesen Begriff wies der Kammerpräsident entschieden zurück. Es ist nach dem Gesetz Pflicht der Delegierten über die Entschädigungen abzustimmen. Er sehe darin vielmehr eine Professionalisierung der ehrenamtlichen Tätigkeit, unterstrich Jonitz.

Der neue Delegierte, Kai Sostmann, (Marburger Bund – s. Kasten, Seite 22) führte aus, dass ein Sitzungsgeld in Höhe von 100 Euro insbesondere auf jüngere Kollegen Strahlkraft auswirke. Für ihn hätte die Zahlung eine gewisse Relevanz und stelle eine Anerkennung der ehrenamtlichen Tätigkeit dar.

Nachdem das Für und Wider eines Sitzungsgeldes diskutiert worden war,

Neues DV-Mitglied

Dr. med. Kai Sostmann ist neues Mitglied der Delegiertenversammlung. Er gehört dem Marburger Bund an und zieht für den verstorbenen Dr. med. Kilian Tegethoff in die DV ein. Sostmann ist als Leitender Arzt in der Medizinischen Hochschuldidaktik, im Bereich E-Learning an der Charité Campus Virchow-Klinikum tätig.

sprach sich Dorothea Spring (Marburger Bund) für geheime Einzelabstimmungen über die beiden strittigen Punkte aus.

Doch zunächst diskutierten die Delegierten noch über den zweiten Punkt. Volker Pickerodt erklärte, dass man sich in der Haushaltskommission auf eine Erhöhung der Gesamtentschädigung des Vorstandes auf 12.000 Euro verständigt habe, eine Erhöhung auf 15.000 Euro sei nicht mitgetragen worden. Dr. Jonitz verwies daraufhin nochmals auf den Zuwachs an Themenfeldern in den vergangenen Jahren und die daraus resultierende, zusätzliche Leistungsanforderung und Inanspruchnahme des Vorstandes. Als Beispiele aus der jüngsten Zeit seien hier die Einführung des Gendiagnostikgesetzes oder die Mitwirkung der Ärztekammer Berlin im neu berufenen Landesgremium nach § 90a SGB V genannt. Der Vergleich mit den Entschädigungssätzen der anderen Landesärztekammern mache außerdem die Notwendigkeit einer Anpassung der Beträge deutlich.

Nach einem Hinweis von Kammergeschäftsführer Michael Hahn stellte Volker Pickerodt zwei Änderungsanträge: Festsetzung der Vorstandsentschädigung auf 12.000 Euro und Streichung des Sitzungsgeldes für die DV-Mitglieder.

In der nachfolgenden geheimen Abstimmung erhielt der erste Änderungsantrag 24 Nein- und 14-Ja-Stimmen und war damit abgelehnt. Der zweite Änderungsantrag bekam 22 Nein- und 14-Ja-Stimmen sowie zwei Enthaltungen und war damit ebenfalls abgelehnt. Im Anschluss wurde dann über die gesamte Neuregelung der Entschädigungsregelungen abgestimmt. Der Antrag wurde mehrheitlich bei einigen Gegenstimmen und vier Enthaltungen angenommen.

Danach stimmten die Delegierten über eine Änderung des Wirtschaftsplanes 2013 ab, um die Neuregelung der Entschädigungsregelung entsprechend im Haushalt abzubilden. Die höheren Ausgaben von 180.000 Euro sollen durch eine erhöhte Entnahme aus dem variablen Kapital gedeckt werden (571.000 statt 391.000 Euro). Der Antrag wurde mehrheitlich bei einigen Gegenstimmen und wenigen Enthaltungen angenommen.

Die Zukunft der Fortbildung

Im Anschluss diskutierten die Delegierten das Thema Fortbildung. Dazu lag ein Antrag der Fraktion Gesundheit vor, der vier Punkte umfasste. Punkt 1 sah die Durchführung eines jährlichen unabhängigen Fortbildungskongresses vor. In Punkt 2 wurde die Einrichtung eines Fortbildungsfonds gefordert, aus dem heraus fortlaufend unabhängige Fortbildungsveranstaltungen finanziert werden sollen. Daneben sollten die Kammermitglieder über die Kammermedien regelmäßig aufgefordert werden, ihre Erfahrungen mit Fortbildungen an die Kammer zurückzumelden (Evaluation). Besonders gute Beispiele sollen regelmäßig in BERLINER ÄRZTE vorgestellt werden. Und viertens sollten die Berliner Delegierten auf dem nächsten Deutschen Ärztetag darauf drängen, die Muster-Fortbildungsordnung dahingehend zu ändern, dass der/die wissenschaftliche

Leiter/in einer Fortbildungsveranstaltung eine Selbstauskunft über mögliche Interessenkonflikte bei der Zertifizierung vorlegen muss. Der Vorsitzende des Fortbildungsausschusses, Matthias Brockstedt, erhielt als Nicht-DV-Mitglied das Rederecht und erläuterte den Antrag. So sprach er sich dafür aus, Verbänden, Krankenkassen und Selbsthilfeorganisationen anzubieten, sich an einem Fortbildungsfonds zu beteiligen.

Klaus Thierse (Marburger Bund) stellte danach den Antrag, nur über Punkt 1 der Drucksache abzustimmen und die übrigen Punkte an den Kammervorstand zu überweisen. Aus Sicht von Eva Müller-Dannecker (Fraktion Gesundheit) sollte hingegen eine Abstimmung über einen Fortbildungsfonds im Rahmen der DV durchaus möglich sein. Matthias Bloechle (Allianz) rechnete vor, dass rund 40 Millionen Euro jährlich nötig seien, um allen 18.000 aktiven Kammermitgliedern die Möglichkeit zu geben, 50 Fortbildungspunkte durch unabhängige Fortbildungsveranstaltungen der Kammer zu erwerben. Einen Fonds dieser Größe zu bilden, halte er aber für vollkommen unmöglich.

Volker Pickerodt und Constanze Jacobowski (beide Fraktion Gesundheit) schlugen vor, auch auf Pharmahersteller und Medizingerätehersteller zuzugehen und sie aufzufordern, in diesen Fonds einzuzahlen. Helmut Mälzer (Allianz) sah es hingegen nicht als Aufgabe der Kammer an, einen solchen Fonds einzurichten. Er stellte den Antrag, die Drucksache vollständig an den Vorstand zu überweisen. Dies wurde von den Delegierten mit 20 Nein- zu 15-Ja-Stimmen abgelehnt. Hingegen wurde der Antrag, der eine Abstimmung über Punkt 1 (jährlicher Fortbildungskongress) und Überweisung der übrigen Punkte an den Vorstand vorsah, mehrheitlich mit einigen Gegenstimmen angenommen. Kammerpräsident Jonitz bedankte sich bei den Delegierten für die umfassende Diskussion.

srd

Nächste Delegiertenversammlung:
17. April 2013

Die Berliner Delegierte bzw. deren Stellvertreter für den 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover:

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Matthias Albrecht	Herr Dr. med. Werner Wyrwich
2.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Peter Bobbert	Herr Dr. med. Justus Hilpert
3.) Marburger Bund	Herr Christian Brost	Frau Dr. med. Sigrid Kemmerling
4.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Klaus Thierse	Frau Dr. med. Mina Stoyanova
5.) Marburger Bund	Herr Dr. med. Thomas Werner	Herr Dr. med. Günther Jonitz
6.) Fraktion Gesundheit	Frau Dr. med. Eva Müller-Dannecker	Herr Dr. med. Herbert Menzel
7.) Fraktion Gesundheit	Frau Katharina Kulike	Herr Hermann Brehme
8.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf	Herr Dr. med. Wolfram Singendonk
9.) Fraktion Gesundheit	Herr Dr. med. Ellis. E. Huber	Herr Dr. med. Andreas Grüneisen
10.) Allianz Berliner Ärzte	Frau Dr. med. Svea Keller	Herr Dr. med. Elmar Wille
11.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Rudolf Fitzner	Herr Priv.-Doz. Dr. med. Dietrich Banzer
12.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Klaus-Peter Spies	Herr Dr. med. Bernd Müller
13.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Herr Dr. med. Dietrich Bodenstein
14.) Allianz Berliner Ärzte	Herr Helmut Mälzer	Herr Burkhard Bratzke
15.) Hausärzte im BDA	Frau Bettina Linder	Herr Stephan Bernhardt
16.) Hausärzte im BDA	Frau Dr. med. Gabriela Stempor	Herr Michael Janßen

ANZEIGE

Die Berliner Ärzteschaft trauert um ihre im Jahr 2012 verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

Dr. med.	Ilse Kleberger	22.03.1921	02.01.2012
Dr. med.	Elisabeth Schlungbaum	03.10.1921	06.01.2012
Dr. med.	Marie-Luise Autenrieth	15.04.1939	07.01.2012
Dr. med.	Annemarie Grand-Kunzmann	28.10.1921	09.01.2012
Dr. med.	Günter Quast	01.04.1920	10.01.2012
	Norbert Lex	05.04.1920	15.01.2012
Dr. med.	Hartmut Bade	12.08.1943	19.01.2012
Dr. med.	Senta Rasmus	20.03.1913	21.01.2012
Dr. med.	Heinz Wallat	06.03.1926	22.01.2012
Dipl.-Med.	Regina Matzke	14.08.1952	22.01.2012
Dr. med.	Kurt Janisch	31.03.1931	23.01.2012
Dr. med.	Peter Pohl	17.06.1941	23.01.2012
Dr. med.	Slavko Mravak	10.09.1935	24.01.2012
	Annedore Kuhpfahl	22.02.1927	29.01.2012
Dr. med.	Hans Hunke	19.04.1925	30.01.2012
Dr. med.	Richard Schuster	05.03.1930	02.02.2012
Dr. med.	Renate Geißler	22.08.1935	02.02.2012
Dr. med.	Winrich Disselhoff	26.11.1949	02.02.2012
	Marina Bracht	13.04.1953	08.02.2012
	Gert-Ulrich Berensden	24.10.1945	13.02.2012
Dr. med.	Dorothea Winde	28.04.1918	14.02.2012
Dr. med.	Lars-Peter Kaufmann	21.11.1964	14.02.2012
Dr. med.	Eberhard Bäßler	28.08.1921	16.02.2012
Dr. med.	Alexander von Lippha	27.08.1915	17.02.2012
Dr. med.	Malte Frese	04.10.1919	19.02.2012
Dr. med.	Christa Franz	06.04.1931	21.02.2012
	Doris Treytnar	15.10.1959	22.02.2012
Dr. med.	Ulrich Spira	17.11.1927	27.02.2012
Prof. Dr. med.	Hans Igel	07.05.1918	29.02.2012
	Gudrun Willmann	27.02.1954	02.03.2012
Dr. med.	Jutta Foti	28.07.1928	03.03.2012
Dr. med.	Ingeborg Herfet	08.02.1931	03.03.2012
	Katharina Kulcenty	05.01.1949	05.03.2012
Dr. med.	Wilhelm Weise	06.03.1936	06.03.2012
Dr. med.	Eleonore Hampe	03.03.1922	07.03.2012
Prof. Dr. Dr. med.	Günther Cobet	21.03.1933	10.03.2012
Dr. med.	Heidi Schostak	25.04.1925	11.03.2012

Dr. med.	Wolfgang Ondruf	18.02.1920	16.03.2012
Dr. med.	Magdalene El-Kaissi	19.06.1943	18.03.2012
	Evelyn Zell	29.07.1935	20.03.2012
	Clemens de Grahl	21.05.1974	20.03.2012
Dr. med.	Hildegard Staamann	02.04.1923	01.04.2012
Dr. med.	Annelies Lunze	11.10.1933	01.04.2012
Dr. med.	Hermann Handge	25.09.1923	04.04.2012
Dr. med.	Oliver Rock	19.08.1924	06.04.2012
Dr. med.	Hermann Selle	01.09.1921	11.04.2012
Dr. med.	Jutta Satory	12.11.1942	14.04.2012
Dr. med.	Irmgard Ickert	25.07.1923	15.04.2012
Prof. Dr. med.	Friedrich Hofmeister	10.08.1922	16.04.2012
Dr. med.	Eva-Maria Bönninghoff	12.09.1949	23.04.2012
	Karen Else Eder	31.01.1949	24.04.2012
Dr. med.	Helga Kelp	11.12.1927	25.04.2012
Dr. med.	Gertrud Lindner	28.10.1928	27.04.2012
Dr. med.	Timm Retter	21.12.1938	09.05.2012
	Heinz-Volkmar Volkhardt	23.01.1940	10.05.2012
	Marlis Burfeindt	27.10.1943	16.05.2012
Dipl.-Med.	Wolfgang Kühn	30.03.1956	19.05.2012
Dr. med.	Wolf-Dietrich Ollrogge	14.11.1924	20.05.2012
Dr. med.	Ingrid Ehret	05.09.1939	20.05.2012
	Friedrich-Adolf Hemmerling	01.12.1941	20.05.2012
Dr. med.	Peter Volbracht	27.04.1936	22.05.2012
Dr. med.	Ingeburg Weger	27.09.1928	25.05.2012
Dr. med.	Helga Glage	22.06.1925	27.05.2012
Dr. med.	Kurt Ungar	03.09.1915	30.05.2012
Dr. med.	Ulrich Giese	12.07.1942	02.06.2012
Dr. med.	Klara Bengtson	12.10.1935	11.06.2012
Dr. med.	Rose-Marianne Meyer	18.11.1922	17.06.2012
Dr. med.	Klaus Meyen	19.07.1927	19.06.2012
Dr. med.	Michael Hahn	23.01.1940	20.06.2012
	Gerd Marohn	28.04.1938	21.06.2012
Prof. Dr. med.	Rüdiger von Baehr	11.09.1941	21.06.2012
Dr. med.	Bodmar Hache	17.09.1943	01.07.2012
Dr. med.	Klaus Bodin	12.10.1919	04.07.2012
Dr. med.	Wolfgang Dreßke	27.08.1930	05.07.2012

P E R S O N A L I E N

Dr. med.	Christa Kriester	21.02.1933	05.07.2012
Dr. med.	Joachim Pfeifer	15.04.1953	05.07.2012
	Rosemarie Fischer	11.03.1925	06.07.2012
	Harald Hylla	07.01.1921	07.07.2012
	Elfriede Wegner	04.03.1925	11.07.2012
Dr. med.	Ingeborg Bilda	09.02.1928	14.07.2012
Dr. med.	Richardus Budiman	23.06.1949	17.07.2012
Dr. med.	Brunhild Riemann	16.04.1942	20.07.2012
Dr. med.	Johannes Arens	17.10.1921	21.07.2012
	Christel Mädler	10.05.1937	21.07.2012
Dr. med.	Maria Magdalena Arnsberg	07.10.1935	22.07.2012
Dr. med.	Liselotte Czermak	25.05.1924	24.07.2012
Dr. med.	Frieder Bäsler	22.06.1968	24.07.2012
Dr. med.	Jan Ilja Gregor	03.10.1973	24.07.2012
	Pavel Pokorny	14.03.1941	25.07.2012
Dr. med.	Elisabeth Gebler	12.11.1921	30.07.2012
Dr. med.	Huschang Homajun	04.02.1928	04.08.2012
Dr. med.	Ernst Fiedler	11.08.1920	05.08.2012
Dr. med.	Lilli Koch	29.08.1934	07.08.2012
	Eva Henkel	03.02.1930	10.08.2012
Dr. med.	Hans-Joachim Deysing	14.10.1923	15.08.2012
Prof. Dr. med.	Friedrich Lindlar	19.12.1924	19.08.2012
Dr. med.	Werner Schürhoff	14.07.1951	20.08.2012
Dr. med.	Barbara Kruppa	21.04.1933	21.08.2012
Dr. med.	Veronika Brenner	30.10.1919	22.08.2012
Dr. med.	Johanna Wellm	31.05.1937	22.08.2012
	Sachari Stojanov	15.06.1922	25.08.2012
	Wolfgang Maiß	09.04.1947	27.08.2012
	Volker Rohleder	05.06.1944	30.08.2012
Dr. med.	Gertrud Schimpfle	05.12.1924	31.08.2012
Doz. Dr. Dr. med.	Günter Kubo	04.06.1937	02.09.2012
	Monika Fischer	05.08.1940	05.09.2012
Dr. med.	Awni Jayyousi	02.11.1929	07.09.2012
Dr. med.	Hans Benirschka	23.03.1918	10.09.2012
Dr. med.	Elisabeth Nagli	03.12.1927	14.09.2012
Dr. med.	Klaus Dittmar	26.04.1945	19.09.2012
Dr. med.	Christian Münter	21.04.1926	22.09.2012

Dr. med.	Hans Bewersdorf	19.06.1940	24.09.2012
	Susanne Piening	26.01.1949	26.09.2012
	Claudia Koffroth-Becker	27.12.1967	01.10.2012
Dr. med.	Annemarie Nitze	06.06.1911	02.10.2012
Dr. univ. med.	Kurt Hofbauer	19.06.1931	03.10.2012
Dr. med.	Siegfried Holm	17.07.1934	05.10.2012
Dr. med.	Hildegard Freifrau von Bissing-Härtl	23.05.1915	09.10.2012
Dr. med.	Ursula Borchart	22.01.1922	10.10.2012
Dr. med.	Evelinde Steindel	08.11.1935	17.10.2012
Prof. Dr. med.	Hartmut Uehleke	17.08.1924	25.10.2012
Dr. med.	Gisela Heinzel	10.08.1921	01.11.2012
Dr. med.	Ada Wolf	13.06.1970	01.11.2012
	Dietrich Nürnberg	27.03.1927	07.11.2012
Dr. med.	Ingeborg Dietrich	02.11.1917	08.11.2012
Dr. med.	Anita Grohmann	03.12.1929	13.11.2012
Dr. med.	Ingelore Haase	21.02.1933	13.11.2012
Dr. med.	Alfred Lubitz	05.06.1927	14.11.2012
Prof. Dr. med.	Volkmar Miszalok	26.11.1944	15.11.2012
	Mirjam Dornacher	20.01.1947	15.11.2012
Dr. med.	Erika Pawelitzki	26.02.1912	23.11.2012
Dr. med.	Christoph Klärner	17.07.1921	23.11.2012
Dr. med.	Ernst Frese	24.09.1927	24.11.2012
Dr. med.	Detleff-Ulrich Steinhöfel	02.02.1949	28.11.2012
Dr. med.	Elmar Rolfes	31.05.1941	29.11.2012
Dr. med.	Marieluise Seebacher	20.06.1941	07.12.2012
	Irmgard Thol	23.11.1947	07.12.2012
Dr. med.	Alfred Poppe	31.12.1929	10.12.2012
	Klaus Raatz	03.01.1933	11.12.2012
Dr. med.	Wolfgang Böttcher	03.03.1925	13.12.2012
Dr. med.	Editha Löher	28.06.1925	15.12.2012
Dr. med.	Gerhard Schmidt	02.07.1921	16.12.2012
Dr. med.	Hans-Dietrich Behnisch	23.12.1918	22.12.2012
	Reinhold Steigerwald	19.10.1950	23.12.2012
Dr. med.	Wolfgang Scheinert	13.10.1941	25.12.2012
Dr. med.	Dieter Gläser	16.12.1941	25.12.2012
Dr. med.	Manfred Haller	17.06.1942	29.12.2012

Berliner Ärzte auch im Internet:

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

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
08.04.-10.04.2013	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge G 20 „Lärm“ Physiologie und Pathologie des Hörens, audiometrische Übungen und Fallbesprechungen	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
14.03.2013, 11.04.2013, 25.04.2013	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin Besteht aus: 9 Stunden Theoriekurs / 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis / 60 Stunden Hospitation in einer Erste-Hilfe-Stelle der KV (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: a.hellerf@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 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
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
22.03.-23.03.2013 (Modul I) 19.04.-20.04.2013 (Modul II) 03.05.-04.05.2013 (Modul III)	Grundlagen der medizinischen Begutachtung (weitere Informationen s. S. 13)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203 E-Mail: begutachtung@aekb.de Teilnehmergebühr 400 €	15 P pro Modul
10.06.-12.06.2013	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
12.06.-14.06.2013	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
16.08.-17.08.2013	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Breaking Bad News – Basiskurs (weitere Informationen s. S. 27)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
06.09.-07.09.2013	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen Neu: Breaking Bad News – Aufbaukurs (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
02.09.-11.09.2013 (Kursteil A1) 11.09.-20.09.2013 (Kursteil A2)	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 A: 990 € Kursteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
18.10.-19.10.2013	Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter gemäß Curriculum der BÄK (16-Stunden Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401, -1400 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung: Tel.: 80681-126 E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag

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, 24. April 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.

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

Breaking Bad News - Basiskurs

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 aufschieben“ 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 präfinale 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 16.08.2013 – Samstag 17.08.2013

Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: Tel.: 40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de
(Die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt)
290 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

Auffrischkurs zur Vorbereitung auf die Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz

Eine Teilnahme am Auffrischkurs (fakultativ) an den unten aufgeführten Terminen ist derzeit nur für Ärztinnen und Ärzte der Fachgebiete Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Laboratoriumsmedizin, Neurologie, Praktischer Arzt/Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Psychiatrie und Psychotherapie, Transfusionsmedizin sowie Urologie möglich.

Die Wissenskontrollen werden an beiden zur Auswahl stehenden Terminen für die oben genannten Fachgebiete angeboten.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Lutz Pfeiffer

Auffrischkurs: 15.04.2013 (16:00 - 21:00 Uhr)

Wissenskontrolle: 30.04.2013 und 08.05.2013 (Beginn jeweils 16:00 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt Auffrischkurs: 50 Euro, 6 Fortbildungspunkte

Die Teilnahme an der Wissenskontrolle ist kostenfrei.

Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1209, E-Mail: s.zippel@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 Herbst 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: 09.09.-14.09.2013 / Woche 2: 21.10.-26.10.2013 / Woche 3: 09.12.-14.12.2013 (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.: 40806-1402 (Organisation), Tel.: 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2013@aekb.de

— ANZEIGE

Neue Arzneimittel: Kaum besser – stets teurer

Mit deutscher Umständlichkeit, aber einigermaßen gerichtsfest haben wir angefangen, die Arzneimittelspreu vom Weizen, die Schein-Innovationen vom wirklich nützlichen Neuen zu scheiden: Wir amnogiieren den kostspieligen Wildwuchs. AMNOG, das „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz“ trat Anfang 2011 in Kraft. BERLINER ÄRZTE fragte (in Heft 3/2011 S. 15-19): „Was bringt das AMNOG?“ Das ist zwei Jahre her. Was hat es bisher gebracht für die rationale und die rationelle Arzneitherapie und was ist zu erwarten? Das war Thema eines halbtägigen Symposiums der „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ)“ beim 37. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ in Berlin. Es war spannend!

Kennen Sie eigentlich diese haarsträubende Geschichte? Mit einem ganz besonders kostbaren Strauß gratulierte vor zwei Jahrzehnten Baldur Wagner, Staatssekretär des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer, einem hochgestellten Pharma-Lobbyisten zum 60. Geburtstag. Die Klarsichthülle barg keine Blumen, sondern die Schnipsel einer Positivliste. Wie das (Gesundheitsstruktur-)Gesetz es befahl, hatten sachverständige Mediziner und Pharmazeuten nach anderthalbjähriger Arbeit 1992 zum ersten Mal in Deutschland eine Liste von etwa 2.000 Medikamenten zusammengestellt, die nachweislich einen mehr als nur marginalen Nutzen für den Patienten hatten. Nur sie sollten künftig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden.

Die Pharma-Lobby aber setzte die Politik so massiv unter Druck, dass diese erste Positivliste im Bundesgesundheitsministerium selbst zu Konfetti wurde. Wie hätte sie den Ärzten das Leben erleichtert! Aber die Politik fiel ihnen in den Rücken. Stattdessen haben wir nun die „frühe Nutzenbewertung“ frisch zugelassener neuer Wirkstoffe. Denn im Zentrum des AMNOG steht die Pflicht, neue Arzneimittel kritisch auf ihren zusätzlichen Nutzen für die Patienten im Vergleich zu schon bewährten Therapien zu prüfen; leider nicht vor, aber immerhin gleich nach der Zulassung.

Wie notwendig das ist, zeigt eine amerikanische Untersuchung: 85 bis 90 Pro-



Wolf-Dieter Ludwig

zent der neuen Medikamente hatten keinen wesentlichen Zusatznutzen, jedoch teilweise wesentliche Nebenwirkungen, berichtete Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der AKdÄ und Moderator von deren Veranstaltung. „Aber alle neuen – und immer teureren – Arzneimittel werden massiv beworben“, sagte er. Bekanntlich ist die Dauerberieselung der „Verordner“ mit Werbung, PR und interessengeleiteter „Fortbildung“ durch die Pharmaindustrie sehr erfolgreich.

Bei Zulassung Nutzen unbekannt

Schon allein die öffentliche Thematisierung der Frage nach dem (Zusatz-)Nutzen ist in den Augen des Bremer Pharmakologen Bernd Mühlbauer, der wie alle Vortragenden der AKdÄ angehört, von unschätzbarem Wert. Denn eine Umfrage ergab: So gut wie alle Patienten und selbst viele Ärzte glauben, ein neues Medikament müsse, um zugelassen zu werden, stets besser sein als die schon vorhandenen vergleichbaren Mittel. Aber die zahlreichen Marktrücknahmen spre-

„Nutzen“ ist mehr als nur „Wirksamkeit“

„Der Nutzen eines Arzneimittels... ist der patientenrelevante therapeutische Effekt, insbesondere hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustands, der Verkürzung der Krankheitsdauer, der Verlängerung des Überlebens, der Verringerung von Nebenwirkungen oder einer Verbesserung der Lebensqualität.“

(Aus der „Arzneimittelnutzenbewertungsverordnung“, die vom Bundesgesundheitsministerium für das AMNOG erlassen wurde.)

chen für oft mehr Schaden als mehr Nutzen. Mühlbauer erwähnte ein paar der bekannteren Fälle: Troglitazon (Hepatotoxizität), Rosiglitazon (Kardiovaskuläre Morbidität), Pioglitazon (Blasenkrebs) – allesamt Antidiabetika. Oder Cerivastatin (Rhabdomyolyse); und natürlich der Vioxx-Skandal: Rofecoxib (Kardiovaskuläre Morbidität). Ein jüngstes Beispiel stammt erst aus dem vorigen Jahr: Die Fixkombination Niacin/Laropiprant, ein Lipidsenker (Exzessmorbidität). Sie alle sind verschwunden.



Bernd Mühlbauer

Seltener Nebenwirkungen können vor der Zulassung gar nicht erkannt werden, zumindest ist ihre Häufigkeit nicht zu beurteilen, sagte Mühlbauer. Die Informationen, die zu diesem Zeitpunkt über ein Medikament vorliegen, seien ohnehin sehr dürftig und unzuverlässig. Es ist bekannt, dass Daten nicht immer vollständig offengelegt oder gar geschönt werden. Die von den Herstellern zu verantwortenden Studien zielen auf die Zulassung. Sie beziehen meist zu wenige,

oft zu junge und kaum je multimorbide Patienten ein und laufen nicht lange genug. Der Ergebnisse von Zulassungsstudien sind also schwerlich auf die Erfahrungen des ärztlichen Alltags übertragbar.

Nachzuweisen sind zum Zwecke der Zulassung Wirksamkeit, Unbedenklichkeit (Nebenwirkungen im Verhältnis zur Wirksamkeit vertretbar) und pharmazeutische Qualität. Der Wirksamkeitsnachweis wird meist nur anhand von Surrogat-Parametern wie Laborwerten erbracht, die sich leichter und schneller messen lassen als die Endpunkte, auf die es ankommt, zum Beispiel Reduktion negativer Ereignisse. Und ob ein neues Arzneimittel den für dieselbe Indikation schon vorhandenen überlegen ist oder nicht, spielt keine Rolle; es muss zugelassen werden. Die Kassen mussten (bis teilweise Festbeträge eingeführt wurden) die vom Hersteller frei festgesetzten Phantasiepreise zahlen.

Zusatznutzen früh und schnell bewerten

Den Hauptzweck des „Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) fasste Mühlbauer kurz zusammen: „Alle Medikamente mit neuen Wirkstoffen, die nach dem 1.1.2011 erstmals oder mit neuer Indikation zugelassen werden, müssen auf ihren Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen, wirtschaftlichen, evtl. auch nicht medikamentösen Vergleichstherapie geprüft und bewertet werden“ – nach Aktenlage: Durchzuackern sind Fachbeiträge, Befunde zuständiger Stellen anderer Länder, Dossiers der Hersteller, die sie beim G-BA einzureichen haben. Mit der Bewertung beauftragt der G-BA das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“.

Dabei ist der ermittelte Zusatznutzen zu quantifizieren: Von „erheblich“ über „beträchtlich“ und „gering“ bis „nicht quantifizierbar“ und „nicht belegt“ oder sogar „Nutzen ist geringer“. Zum Beschluss des G-BA können einige wenige ärztliche und pharmazeutische Expertengremien Stellung nehmen, darunter vor allem die

Kosten je nach Nutzen!

Für ein neues Arzneimittel ohne Zusatznutzen gilt nach dem AMNOG ein Festbetrag; oder es sollen zentrale Preisverhandlungen zwischen Herstellern und GKV-Spitze gewährleisten, dass es nicht teurer ist als die Vergleichstherapie. Auch über den angemessenen Preis von Medikamenten mit einem - mehr oder weniger bedeutenden – Zusatznutzen verhandeln diese Partner. Zu Kostenfragen äußert sich die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in ihren Stellungnahmen nicht. Die Referenten bezogen sich in ihren Vorträgen aber oft auf den Arzneiverordnungsreport 2012. Er enthält ein ausführliches Kapitel über die 2011 neu zugelassenen Mittel. Die exorbitanten Gabazitaxel-Kosten für ein paar Wochen längeres Leben mit Nebenwirkungen werden dort z.B. vorgerechnet.

„Die Kosten von Jevtana (1 Durchstechfl. 60 mg 5.443,79, Dosis 25 mg/m² alle 3 Wochen) betragen pro Therapiezyklus 4.082,84 Euro und liegen fast dreimal so hoch wie die entsprechenden Kosten von Docetaxel (z.B. Docetaxin, 1 Durchstechfl. 140 mg 1.444,22 Euro, Dosis 75 mg/m² alle 3 Wochen, 1.392,64 Euro). Zusätzliche Kosten sind mit Filgrastim zur Prophylaxe der häufigen Neutropenie verbunden.“

Ludwig konnte in seinem Vortrag eine generelle Frage zu den immer kostspieligen neuen Onkologika nicht zurückhalten: Sind jährliche Therapiekosten von 60- bis 80.000 Euro für nutzlose Krebsmedikamente vertretbar, wenn die Mittel woanders fehlen?

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Dieses gesetzlich verankerte Recht hat die AKdÄ bis Anfang 2013 bei der Bewertung von elf neuen Wirkstoffen wahrgenommen – ein enormer Arbeitsaufwand, zumal die Stellungnahme in dem auf sechs Monate limitierten Verfahren binnen drei Wochen abzugeben ist. Dennoch: Die ärztlichen Experten äußerten sich positiv über das Faktum, dass die Ärzteschaft nun nicht mehr allein auf die Angaben der Hersteller angewiesen ist, sondern selbst zu sauberem Wissen über neue Arzneimittel beitragen kann.

Sind die Ergebnisse der vorgelegten Studien auf die tägliche Realität übertragbar? Wenn ja: Wurden die Nebenwirkungen korrekt gegen die Wirksamkeit abgewogen oder womöglich heruntergespielt? Wie steht's also um das Verhältnis von Nutzen und Schaden? Das sind nur einige der Fragen, denen sich die AKdÄ gegenüber sieht. Ihre Stellungnahmen gingen in der Regel in den G-BA-Beschluss ein. Bei zwei Ausnahmen wich die Bewertung der AKdÄ einmal nach unten, einmal nach oben von der des Gemeinsamen Bundesausschusses ab.

Neue Krebsmittel: Höchstkosten für Niedrigstnutzen

Der erste dieser Fälle fand sich im Vortrag des AKdÄ-Vorsitzenden Wolf-Dieter Ludwig. Wie der Leiter der Klinik für Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie im Helios-Klinikum Berlin-Buch berichtete, hat die Arzneimittelkommission bisher zu vier neuen onkologischen Wirkstoffen Stellung genommen: zu

ANZEIGE

Cabazitaxal, Eribulin, Vandetanib und Vemurafenib. Das ist ein winziger Teil der vielen neuen, extrem teuren Krebsmittel, die oft unter Missbrauch der „Orphan Drug“-Regelung beschleunigt zugelassen werden – trotz einer „riesigen Wissenslücke“ zu diesem Zeitpunkt, wie Ludwig kritisierte. Mehr als 800 Onkologica befänden sich derzeit in der klinischen Prüfung.

Für Cabazitaxel (Jevtana), ein Zytostatikum aus der Gruppe der Taxane, fand das IQWiG zum Teil einen Zusatznutzen und der G-BA schloss sich an. Als Indikation gilt das fortschreitende, metastasierende Prostatakarzinom, das sich als hormonrefraktär erwiesen hat. Die Patienten waren mit einer Docetaxel-haltigen Chemotherapie vorbehandelt. Der G-BA entschied: Schien es möglich, diese Standardtherapie (Docetaxel plus Steroid) fortzusetzen, wurde sie als „zweckmäßige Vergleichstherapie“ betrachtet. Ein Zusatznutzen von Cabazitaxel sei hier nicht belegt.

Hingegen wurde bei Patienten, für die diese Standardtherapie nicht mehr in Frage kommt, Cabazitaxel an folgender „zweckmäßiger Vergleichstherapie“ gemessen: „Palliative Behandlung mit Dexamethason, Prednison, Prednisolon oder Methylprednison sowie ‚Best Supportive Care‘ (z.B. adäquate Schmerztherapie).“ Der G-BA fand einen „Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen“ von Cabazitaxel – die AKdÄ nicht. Denn Cabazitaxel verlängert die Überlebenszeit (im Vergleich zu Mitoxantron) auch nur um knapp zweieinhalb Monate ebenso wie das Standard-Taxan Docetaxel.

Es hat aber häufiger schwere Nebenwirkungen, vor allem Neutropenie. Diese Toxizität verursachte sogar Todesfälle, sagte Ludwig. Die (einzige) Studie will zwar Vorteile nachweisen, schloss jedoch jüngere Patienten ein als solche, die in der Regel wegen eines fortgeschrittenen Prostatakarzinoms zu behandeln sind. Sie enthält auch keine Aussagen über Symptomatik und Lebensqualität – typisches Defizit vieler der interessengeleiteten Zulassungsstudien. Profitieren schmerzgeplagte Alterspatienten? Nur eine der vielen offenen Fragen, sagte

Ludwig und meinte dazu: In solchen Situationen sollte man Nutzen und Schaden sorgfältig gegeneinander abwägen und vor allem ermitteln: Was will der Patient?

Neue Hepatitis C-Mittel: Virusfrei? Patient lebt auf



Kai Daniel Grandt

Die neuen Hepatitis C-Mittel sind ein anderes Beispiel dafür, dass die Bewertung erfahrener Kliniker vom Urteil des G-BA abweichen kann – diesmal positiv. Aus der Sicht des Saarbrückener Hepatologen Daniel Grandt

bringen die beiden 2011 zugelassenen Proteasehemmer Boceprevir (Victrelis) und Telaprevir (Incivo) einen weit gewichtigeren Zusatznutzen als das vom G-BA ausgesprochene „Nicht quantifizierbar“. Der Hintergrund:

Die bisherige Standardtherapie hilft längst nicht allen Patienten. Eine Kombination des immunmodulierenden, pegylierten Interferon alpha mit dem Virostaticum Ribavirin (etwa ein Jahr lang angewandt) heilt zwar den größten Teil der Patienten mit chronischer Hepatitis C des Genotyps 2 und 3 auf Dauer. („Rapid Responder“ brauchen sogar nur 24 Wochen.) In Deutschland überwiegt aber der Genotyp 1, erworben meist durch eine Bluttransfusion in der Zeit unzureichender Prüfung des Spenderbluts.

Für diese Indikation – Hepatitis C, Genotyp 1 – wurden die beiden Proteaseinhibitoren 2011 zugelassen. Angewandt werden sie als Tripel-Therapie zusätzlich zur üblichen Peginterferon/Ribavirin-Kombination, wenn diese allein das angestrebte Ziel nicht erreicht: Keine Replikation des Virus mehr (international: „Sustained virological response, SVR“). Diese Virusfreiheit betrachten IQWiG und G-BA offensichtlich – wie oft zu recht Laborwerte bei anderen Krankheiten – nur als Surro-

gat für die Vermeidung der Hepatitis C-Komplikationen Leberzirrhose, Leberzellkrebs und Leberversagen. Sie bewerteten die Viruseradikation nicht als patientenrelevanten Endpunkt und bemängelten, dass der „Surrogatparameter“ nicht formal validiert sei.

Das wussten die Ärzte besser

Dagegen die Hepatologen: Die Viruseradikation ist sehr wohl ein patientenrelevanter Endpunkt; deshalb kann sie gar nicht formal validiert werden. Wie Grandt ausführte, hatten die Hersteller sie überhaupt nicht als patientenrelevanten Endpunkt benannt (und das IQWiG habe keine Recherchepflicht). Die Mitwirkung der Ärzteschaft sei also wichtig, um zur Bewertung neuer Substanzen klinisch relevante Aspekte beizusteuern. Verschiedene Studien haben nämlich die ärztliche Erfahrung bestätigt, dass die Freiheit von Hepatitis C-Viren die Lebensqualität der Behandelten erheblich steigert.

Da die Tripel-Therapie mit einem der neuen Wirkstoffe die Rate der Virusfreien bedeutend erhöht (wenn auch mit mehr schweren Nebenwirkungen für Zirrhosepatienten als die Zulassungsstudien aussagen), sieht die AKdÄ einen weit stärkeren Zusatznutzen der beiden neuen Wirkstoffe Boceprevir und Telaprevir als das IQWiG. Ein Argument mehr für die Notwendigkeit, ärztlichen Sachverstand in die frühe Nutzenbewertung einzubeziehen, wie es jetzt geschieht, meinte Grandt.

It's a long way to evidence based drugs!

Das Verfahren ist ein „lernendes System“, wie Mühlbauer es formulierte, und Deutschland hinkt hinter fast allen EU-Staaten hinterher, in denen die Hersteller schon lange nicht mehr die Preise ihrer (Schein-)Innovationen unabhängig vom Nutzen festlegen dürfen. Jetzt holen wir auf und nähern uns einem evidenzbasierten Arzneimittelmarkt – langsam, sehr langsam. Im ersten AMNOG-Jahr 2011 wurde (laut Arzneimittelverordnungs-

Nutzenkriterium? Vergleichstherapie? Beispiel Antidiabetica

Blutdruck- und Glukosesenkung gelten als günstig für die Reduktion von Folgekrankheiten und Mortalität. Ganz unumstritten ist das nicht. Jedenfalls darf man die Glykämie nicht absolut setzen. Wie Ulrich A. Müller (Jena) aus Sicht des Diabetologen sagte, bringt zumindest die intensive Glukosesenkung keinen Nutzen, sondern Schaden durch das Risiko schwerer Hypoglykämien. Der Nutzen der Diabetestherapie wird gemessen an der Reduktion der Komplikationen (wie Nephro-, Retino-, Neuropathien, kardiovaskuläre Leiden) sowie an der Vermeidung von Nebenwirkungen der Behandlung (Hypoglykämie!), einer besseren Lebensqualität und längerer Lebenszeit, sagte Müller.

Einen neuen Diabetes II-Wirkstoff hat die AKdÄ bisher noch nicht mitbewertet. Dennoch ging Müller auf ein neuzugelassenes, aber gar nicht erst auf den Markt gelangtes orales Diabetesmittel näher ein: Linagliptin (Trajenta), dank AMNOG eine Totgeburt. Aus Protest gegen die Auswahl der Vergleichstherapie bei der geplanten Bewertung des Zusatznutzens lieferte die Herstellerfirma es erst gar nicht aus. Nach den Vorstellungen der Firma (Boehringer Ingelheim) sollte es mit Sitagliptin verglichen werden, einem schon vorher zugelassenen anderen Dipeptidyl-Peptidase-4-Inhibitor. Der G-BA wählte aber zum Vergleich die Standardtherapie: Zum Beispiel für die Monotherapie mit Linagliptin, Sulfonylharnstoffe (Glibenclamid, Glinepirid). Sie gelten – zusammen mit Metformin – noch immer als erste Wahl unter den oralen Antidiabetica.

Report 2012) der Zusatznutzen von 23 neuen Arzneimitteln bewertet.

Ein beträchtlicher Zusatznutzen wurde nur für vier davon, ein geringer für sieben festgestellt (jeweils in mindestens einer Teilindikation). Der Rest hatte ei-

nen nicht quantifizierbaren oder gar keinen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zu bereits Vorhandenem. Vier dieser „durchgefallenen“ Medikamente wurden daraufhin vom Markt genommen oder gar nicht erst eingeführt, wie das Antidiabetikum Linagliptin. Wenn an

Schein-Innovationen nichts mehr zu verdienen ist, lohnt es sich hoffentlich bald nicht mehr, sie wie bisher mit massiver PR in den Markt zu drücken.

Aber was geschieht mit den vielen kaum nützlichen Medikamenten, die ihn schon lange überschwemmen? Ihre Nutzenbewertung ist nicht Pflicht wie die der neuen, sondern nur Kür. Nach dem AMNOG sollten vorrangig solche Arzneimittel bewertet werden, die Ärzte häufig verordnen. Der G-BA hat sich eine Gruppe von Antidiabetika bereits vorgenommen: Die Gliptine. Nützen die alten ebenso wenig wie das abgewertete neue Linagliptin?

Nur etwa ein Prozent des Umsatzvolumens aller patentgeschützten Arzneimittel wurden bis jetzt auf ihren (Zusatz-)Nutzen für die Patienten untersucht, soweit dies beim Schnellverfahren der frühen Nutzenbewertung möglich ist. Von einer (Surrogat-)Positivliste auf Umwegen sind wir also trotz AMNOG noch weit entfernt. Aber einen frühen und großen Nutzen können Ärzte und informierte Patienten aus diesem Gesetz bereits ziehen. Wolf-Dieter Ludwig: „Wir sollten den Begriff Innovation sehr kritisch hinterfragen!“

Rosemarie Stein

ANZEIGE

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar und Februar 2013 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Gunter Albert	FA Allgemeinmedizin	15.01.13
Nina Axnick	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.02.13
Dr. med. Lukas Baamann	FA Innere Medizin	23.01.13
Dr. med. Claudia Maria Baier	FA Anästhesiologie	21.02.13
Dr. med. Christian Barmeyer	FA Innere Medizin und Gastro- enterologie	16.01.13
Dominik Beetz	FA Anästhesiologie	25.02.13
Christa Bendiek	FA Innere Medizin	23.01.13
Dr. med. Daniela Bempohl	FA Neurologie	05.02.13
Dr. med. Kristin Bernhardt	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	27.02.13
Andreas Betz	FA Radiologie	14.02.13
Dr. med. Lorenz Braun-Elwert	FA Innere Medizin und Angiologie	20.02.13
Dr. med. Tim Carstensen	FA Innere Medizin	30.01.13
Priv.-Doz. Dr. med. Thorsten Cramer	FA Innere Medizin	16.01.13
Dr. med. Sandra Dölken	FA Humangenetik	28.02.13
Dr. med. Alexander Dyck	FA Innere Medizin	30.01.13
Dr. med. Mark Elsner	FA Psychiatrie und Psychotherapie	26.02.13
Dr. med. Konstanze Ertelt	FA Innere Medizin	16.01.13
Panagiotis Fikatas	FA Allgemeine Chirurgie	15.01.13
Dr. med. Thomas von Helversen- Helversheim	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09.01.13
Dr. med. Antje Fürstenberg	FA Innere Medizin	16.01.13
Regina Gebhardt	FA Allgemeinmedizin	29.01.13
Dr. med. Mo Renée Gensch	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.01.13
Michael Gerber	FA Innere Medizin	13.02.13
Dr. med. Birgit Gerst	FA Innere Medizin	30.01.13
Dr. med. Leyli Ghaeni	FA Neurologie	12.02.13
Dr. med. univ. Eva Göncz	FA Innere Medizin	09.01.13
Dr. med. Jan Adriaan Josef Graw	FA Anästhesiologie	21.01.13
Johannes Härlin	FA Allgemeine Chirurgie	15.01.13
Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Häupl	FA Innere Medizin	13.02.13
Dr. med. Felix Hedwig	FA Innere Medizin	23.01.13
Dr. med. Susanne Hoffmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.01.13
Dr. med. Bimba Franziska Hoyer	FA Innere Medizin	09.01.13
Dr. med. Jenny Jalali	FA Arbeitsmedizin	12.02.13
Dr. med. Björn Jobke	FA Radiologie	14.02.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Stefanie Keil	FA Innere Medizin	27.02.13
Dr. med. Gerold Koplin	FA Allgemeine Chirurgie	15.01.13
Geertje Krienke	FA Nervenheilkunde	26.02.13
Dr. med. Almut Kundisch	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	20.02.13
Dr. med. Franziska Kuschel	FA Nervenheilkunde	29.01.13
Emiliya Lineva	FA Allgemeinmedizin	15.01.13
Kathrin Lingnau	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.01.13
Dr. med. Philipp Henning Mähl	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.02.13
Dr. med. Susanne Markert	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.01.13
Dr. med. Babak Mayelzadeh	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09.01.13
Dr. med. Guido Mewis	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.01.13
Jurij Minz	FA Chirurgie	19.02.13
Rahab Mohamed	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.02.13
Dr. med. Karin Müller	FA Allgemeinmedizin	15.01.13
Peter Müller	FA Herzchirurgie	15.01.13
Dr. med. Ulrich Müller	FA Nervenheilkunde	26.02.13
Priv.-Doz. Dr. med. Il-Kang Na	FA Innere Medizin	16.01.13
Kathrin Osthues	FA Innere Medizin	13.02.13
Jan Patino Mayer	FA Kinderchirurgie	21.01.13
Dr. med. Ingo Prack	FA Innere Medizin und Angiologie	20.02.13
Josefin Prescher	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09.01.13
Nico Preuß	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.01.13
William Prieto Rodriguez	FA Anästhesiologie	21.01.13
Dr. med. Tillmann Raith	FA Innere Medizin	09.01.13
Dr. med. Matthias Reimann	FA Innere Medizin und Kardiologie	30.01.13
Nicolle Reinhold	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	27.02.13
Siri Roßberg	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.02.13
Tim Oliver Rumler-von Rüden	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.01.13
Tarek Sabha	FA Innere Medizin und Pneumologie	23.01.13
Dr. med. Safi Oliver Khalil	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	15.01.13
Hannes Schenk	FA Innere Medizin	16.01.13
Arne Schlichting	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	05.02.13
Dr. med. Shideh Schönfeld	FA Augenheilkunde	23.01.13
Dr. med. Sebastian Schöpp	FA Innere Medizin und Nephrologie	27.02.13
Dr. med. Jana Schurr	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	27.02.13
Doreen Schwenkler	FA Anästhesiologie	25.02.13

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nicole Schwintowski	FA Allgemeinmedizin	15.01.13
Dr. med. Claus Spranz	FA Innere Medizin	23.01.13
Dr. med. Anna Steinbeck	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.02.13
Dr. med. Barbara Steiner	FA Neurologie	22.01.13
Irina Sterzer	FA Allgemeinmedizin	29.01.13
Katrin Stöber	FA Allgemeinmedizin	26.02.13
Dr. med. Dr. med. dent. Andreas Strauß	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	20.02.13
Dr. med. Matthias Tedeus	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	05.02.13
Dr. med. Stephan Ken Teufel	FA Neurologie	22.01.13
Nikolaus Tiling	FA Innere Medizin	30.01.13
Lars Töpfer	FA Anästhesiologie	25.02.13
Dr. med. Johannes Trapp	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.02.13
Dr. med. univ. Anna Trenkwitz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	29.01.13
Dr. med. Tina Uhlmann	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	30.01.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Nicolai van der Meer	FA Neurologie	22.01.13
Anja von Renesse	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.01.13
Dr. med. Carsten Wagner	FA Radiologie	14.02.13
Dr. med. Frank Wanjura	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.02.13
Dr. med. Claudia Kathrin Weiß	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.02.13
Jessica Weiß	FA Allgemeinmedizin	29.01.13
Timo Weiß	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie	23.01.13
Tristan Werner	FA Anästhesiologie	25.02.13
Dr. med. Katharina Woltersdorf	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.01.13

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert. Das Kürzel FA ist geschlechtsneutral zu verstehen, auf die Ergänzung des geschlechtsspezifischen Kürzels FÄ wurde verzichtet.

ANZEIGEN

Patientenrechte im Gesetz – Teil 4

Das Wichtigste über das Patientenrechtegesetz in einer vierteiligen Beitragsreihe

Am 26. Februar 2013 ist das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ in Kraft getreten (Bundesgesetzblatt 2013 S. 277). BERLINER ÄRZTE hatte zu den im Bürgerlichen Gesetzbuch enthaltenen Änderungen bereits in den Januar-, Februar- und März Ausgaben berichtet. Im Folgenden werden wir auf die Änderungen in der Bundesärztleitung und im Sozialgesetzbuch V eingehen.

Von Martina Jaklin

Änderungen in der Bundesärztleitung

Buchstäblich in „allerletzter Minute“ ist eine Änderung der Bundesärztleitung (BÄO) in das Patientenrechtegesetz aufgenommen worden. Die in der BÄO vorhandenen Regelungen zur ärztlichen Approbation sind um einen weiteren Ruhestatbestand erweitert worden, d.h. um einen weiteren Sachverhalt, aufgrund dessen die zuständige Approbationsbehörde das Ruhen der ärztlichen Approbation anordnen kann.

Fehlende Berufshaftpflichtversicherung kann zum Ruhen der Approbation führen

Nach § 6 Absatz 1 BÄO kann das Ruhen der Approbation angeordnet werden,

„... wenn sich ergibt, dass der Arzt nicht ausreichend gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren versichert ist, sofern kraft Landesrechts oder kraft Landesrechts eine Pflicht zur Versicherung besteht.“

Die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung besteht nach der Regelung des § 21 der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin. Diese lautet wie folgt:

„Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

Nach der neuen Regelung in der BÄO kann das Ruhen der Approbation nicht

nur im Fall einer nicht vorhandenen, sondern auch für den Fall einer bestehenden jedoch nicht ausreichenden Haftpflichtversicherung angeordnet werden. Für die Anordnung des Ruhens der Approbation ist in Berlin das Landesamt für Gesundheit und Soziales zuständig. Es ist damit zu rechnen, dass den Landesärztekammern in Zukunft die Aufgabe übertragen wird, den Versicherungsstatus ihrer Mitglieder zu prüfen und ihnen vorliegende Kenntnisse über eine fehlende oder unzureichende Berufshaftpflichtversicherung an die Approbationsbehörden zu melden. Geplant sind außerdem Regelungen, wonach die Haftpflichtversicherer die Landesärztekammern über den bestehenden oder einen geänderten Haftpflichtversicherungsstatus ihres ärztlichen Kunden informieren müssen.

Hierzu müssten die Heilberufe- und Kammergesetze um eine Norm ergänzt werden, nach der die Kammern die hierfür zuständigen Stellen gemäß § 117 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind.

Änderungen im Sozialgesetzbuch V und im Krankenhausfinanzierungsgesetz

Im Folgenden soll nur auf diejenigen Änderungen im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) eingegangen werden, die sich direkt auf die ärztliche Berufsausübung auswirken können.

Krankenkassen müssen Leistungsanträge innerhalb von drei Wochen bescheiden

Die neue Vorschrift des § 13 Absatz 3a SGB V betrifft auf den ersten Blick nur die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Beim genaueren Hinsehen wird jedoch deutlich, dass hier eine Vorschrift geschaffen worden ist, die auch die ärztliche Berufsausübung erheblich tangiert. Zukünftig haben die gesetzlichen Krankenkassen über einen Antrag auf Leistungen spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Der MDK hat innerhalb von drei Wochen gegenüber der Krankenkasse Stellung zu nehmen.

Kann die Krankenkasse die vorgesehenen Fristen nicht einhalten, muss sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die Fünfwochenfrist soll nach der Gesetzesbegründung auch dann von den Krankenkassen einzuhalten sein, wenn der MDK die für diesen geltende Dreiwochenfrist überschreitet. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Sieben Tage Frist für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Der MDK Berlin-Brandenburg hat Ende 2012 bereits verlautbart, dass man angesichts der sehr kurz bemessenen Fristen zukünftig die niedergelassenen Ärzte bitten wird, dem MDK innerhalb von sieben Tagen die erforderlichen Unterlagen zuzusenden. Dies wird sicherlich insbesondere dann eine nicht unerhebliche Herausforderung für die betroffenen Praxen werden, wenn zusätzlich zu den

Unterlagen auch Befundberichte zu übermitteln sind. Welche Konsequenzen sich bei Nichteinhaltung der Frist für die betroffenen Arztpraxen ergeben können, ist derzeit unklar. Besondere Brisanz erfährt diese Frage, wenn die Genehmigungsfiktion der Vorschrift infolge einer zu späten Übersendung angeforderter ärztlicher Unterlagen eintritt und sich im Nachhinein herausstellt, dass ein Anspruch des Antragstellers nicht bestanden hätte. Ob die Krankenkassen dazu übergehen werden, zur Vermeidung der Genehmigungsfiktion lieber mal einen Antrag abzulehnen, um im Rahmen des Widerspruchsverfahrens die nötige Zeit für weitere Untersuchungen oder Nachforschungen zu erhalten, darüber lässt sich derzeit nur spekulieren. Zur Vermeidung von Nachteilen ist dringend dazu zu raten, den anfordernden MDK unverzüglich zu informieren, sofern die Wochenfrist nicht eingehalten werden kann. Dies sollte zudem plausibel begründet werden.

Krankenkassen „sollen“ bei Behandlungsfehlern unterstützen

In der Vorschrift des § 66 SGB V wird nur ein einziges Wort geändert: Das Wörtchen „können“ wird durch das Wörtchen „sollen“ ersetzt. Mit weitreichenden Folgen. Bisher war es mit dem „können“ den Krankenkassen und den Pflegekassen freigestellt, ihre Versicherten in Fällen, in denen der Verdacht auf einen Behandlungs- oder Pflegefehler vorliegt, zu unterstützen. Nach den Ausführungen in der Gesetzesbegründung haben die Kassen von dieser Möglichkeit bisher in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht. Zukünftig seien sie grundsätzlich zur Unterstützung verpflichtet, es sei denn, es sprächen besondere Gründe dagegen. Es ist daher damit zu rechnen, dass in weit mehr Fällen als bisher die Kassen dem Verdacht eines Behandlungsfehlers nachgehen werden. Unklar bleibt hierbei weiterhin, mit welchen Mitteln die Krankenkassen die Versicherten „unterstützen“ dürfen. Ausdrücklich genannt wird in der Gesetzesbegründung lediglich die Beauf-

tragung des MDK mit der Erstellung eines ärztlichen Gutachtens. Konsens ist zudem, dass z.B. die Finanzierung eines Schadensersatzprozesses durch die Kassen keine zulässige „Unterstützung“ darstellt. Sicher ist auch, dass die Krankenkassen im Rahmen des § 66 SGB V nicht auf eigene Initiative Behandlungsunterlagen oder andere Informationen bei den behandelnden Ärzten anfordern dürfen. Unklar bleibt in diesem Zusammenhang allerdings, ob die Krankenkassen, wie in der Vergangenheit in Einzelfällen geschehen, die Initiative ergreifen und dem Patienten die Überprüfung einer bestimmten ärztlichen Behandlung vorschlagen oder dies gar verlangen dürfen. Immerhin wäre mit einem solchen Vorgehen ein nicht unerheblicher Eingriff in das Arzt-Patienten-Verhältnis verbunden. Nach ständiger Rechtsprechung ist das Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft, d.h. auch das Vertrauensverhältnis zwischen den einzelnen Ärzten und ihren Patienten, unverzichtbar für die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Eingriffe in dieses Vertrauensverhältnis, leisten hierzu einen zweifelhaften Beitrag. Die Gesetzesbegründung gibt zu diesen Problemlagen und zur Auslegung des unbestimmten Begriffs „Unterstützung“ leider keine Auskunft.

Beschwerdemanagement für Krankenhäuser Pflicht

Nach § 135a Absatz 2 SGB V sind u.a. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Mit dem Patientenrechtegesetz wird diese Norm ergänzt und geregelt, dass in Krankenhäusern zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement auch die Verpflichtung zur Durchführung eines pati-

entenorientierten Beschwerdemanagements gehört. Die meisten Krankenhäuser in Berlin halten bereits seit längerer Zeit ein Beschwerdemanagement vor, allerdings nicht immer systematisch und transparent. Für Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren bleibt die Einführung eines Beschwerdemanagements freiwillig.

Nach der Gesetzesbegründung gehört zu einem geeigneten Beschwerdemanagement insbesondere, dass Patientinnen und Patienten in geeigneter Form über ihre Beschwerdemöglichkeit vor Ort informiert werden, außerdem eine zügige und transparente Bearbeitung der Beschwerden sowie eine Unterrichtung über das Ergebnis und mögliche Konsequenzen. Bei der Unterrichtung der Patienten über die „möglichen Konsequenzen“ sind von den Einrichtungen allerdings die bestehenden Datenschutzregelungen, insbesondere auch die Regelungen zum Schutz der personenbezogenen Daten des betroffenen Arztes, zu beachten. Nach der Gesetzesbegründung haben die Krankenhäuser zudem nach außen und innen transparente Regelungen in Bezug auf die Stellung und die Kompetenzen der mit dem Beschwerdemanagement betrauten Personen (z. B. Patientenfürsprecher, Patientenvertrauenspersonen, Ombudsmen, Qualitätsbeauftragte) zu treffen.

Fehlermeldesysteme werden unterstützt

Die Einführung von sog. Fehlermeldesystemen (z.B. CIRSmedical.de oder „Jeder Fehler zählt“) ist für Leistungserbringer nicht verpflichtend. Die Einführung solcher Fehlermeldesysteme wird jedoch durch eine neue Regelung im Krankenausfinanzierungsgesetz unterstützt. Danach sind für die Beteiligung ganzer Krankenhäuser oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) entsprechen, Zuschläge zur Vergütung vorzusehen. Die Festlegungen des GBA sollen Kriterien ent-

halten, die „in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen“. Konsequenterweise könnte dies die Bereitschaft der Ärzte erhöhen, diese Berichtssysteme auch zu nutzen.

Die Ärztekammer Berlin betreibt mit dem Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) bereits seit 2008 ein einrichtungsübergreifendes Berichtssystem, an dem derzeit 10 Berliner Krankenhausträger mit insgesamt 19 Standorten beteiligt sind. In diesen Kliniken werden mehr als die Hälfte der Krankenhausbehandlungen in der Stadt durchgeführt.

Daten aus Fehlermeldesystemen werden geschützt

Außerdem wird dem § 135a SGB V ein Absatz 3 angefügt, der Folgendes vorsieht:

„Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Be-

schuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.“

Besteht ein Fehlermeldesystem, dürfen sich daraus „im Rechtsverkehr“ keine Nachteile, d.h. auch keine arbeitsrechtlichen Konsequenzen für den Meldenden ergeben. In vielen Kliniken geben bereits heute die Leitungen Erklärungen ab, dass sie die Berichtsinhalte nicht für arbeitsrechtliche Belange verwenden.

Auch vor Strafverfolgung wird der Meldende weitgehend geschützt. Die Daten aus dem Fehlermeldesystem dürfen nur zur Verfolgung von solchen Straftaten verwendet werden, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht sind und bei denen die Strafverfolgungsbehörden auf die Daten aus dem Fehlermeldesystem angewiesen sind, d.h. wenn keine anderen aussichtsreichen Ermittlungsmöglichkeiten bestehen. Die bei einem Behandlungsfehler in der Regel in Frage kommenden Delikte (Körperverletzung und fahrlässige Tötung) gehören genau so wenig zu dieser Gruppe von Straftaten wie die im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch möglichen Delikte (§§ 218 ff. Strafgesetzbuch). Die Daten aus den Fehlermeldesystemen dürften daher, wenn überhaupt, eher mal bei der Ermittlung von Straftaten Verwendung finden, die außerhalb der medizinischen Einrichtung begangen worden sind. Mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe im Höchstmaß sind z.B. Straftaten wie sexueller Missbrauch von Kindern oder vorsätzli-

che Tötungsdelikte bedroht. Die Verwendung der Daten aus den Fehlermeldesystemen für die Ermittlung von Straftaten, die durch Patienten oder deren Angehörige begangen worden sind, ist allerdings eine eher theoretische Möglichkeit. Wegen ihrer Eigenart dürften die dort hinterlegten Daten dazu kaum geeignet sein. In der Regel würden die Ermittlungsbehörden im Bedarfsfall daher auf die wesentlich aussagekräftigere Behandlungsdokumentation zurückgreifen. Anders kann der Fall allerdings liegen, sofern Fehlermeldesysteme für sachfremde Zwecke genutzt werden, z.B. um die Straftat eines Krankenhausmitarbeiters offenzulegen, ohne sich als Absender erkennen geben zu müssen. In diesem Fall wären ein Bedarf der Ermittlungsbehörden und die Möglichkeit der Nutzung der Daten für die Strafverfolgung denkbar.

Ergänzende Informationen zum Patientenrechtegesetz sind auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de zu finden. Sofern Sie berufsrechtlichen Beratungsbedarf hierzu haben, rufen Sie uns an oder schreiben Sie uns eine eMail unter berufsrecht@ae kb.de. Auf unserer Homepage finden Sie zudem Ansprechpartner, Telefonnummern und Beratungszeiten.

Verfasserin:
Martina Jaklin
Leiterin Abteilung Berufsrecht
Ärztekammer Berlin

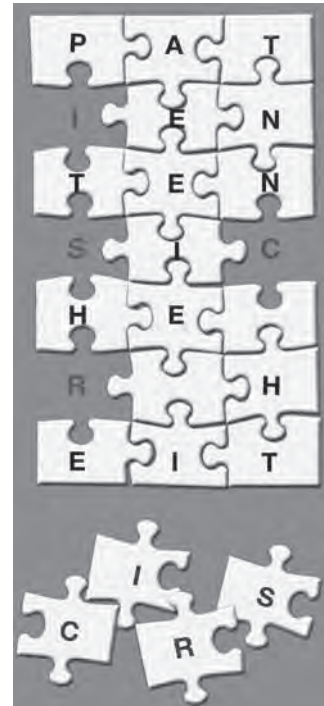
CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Plavixwirkung zur OP

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden im CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht. Damit auch andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.



Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet einen Fall aus der Orthopädie:

In der chirurgischen Praxis wurde besprochen, dass der Patient mit erheblicher KHK (Alter unbekannt) nach Rücksprache mit seinem Kardiologen die Medikation mit Clopidogrel vor der Operation absetzen sollte. Der Kardiologe wies den Patienten an, bis zwei Tage vor der OP das Clopidogrel zu nehmen, die chirurgische Praxis hatte zuvor ein Absetzen fünf Tage vor OP angeordnet. Am Tag vor der OP wurde der Patient prämediziert und angenommen, dass der Operateur von dem Vorgehen hinsichtlich des Clopidogrel wusste. Genau das gleiche nahm auch der die Narkose einleitende Anästhesist an. Als der Operateur in den OP kam und von der Gerinnungshemmung mit Clopidogrel erfuhr, lehnte er die OP ab. Der Patient musste ohne OP wieder aufwachen.

Der Patient wurde ohne Not durch die Narkose gefährdet, kam aber neben einer Verunsicherung nicht zu Schaden. Der/die Berichtende sieht den schlecht organisierten präoperativen Ablauf mit mangelhafter Kommunikation und ein mangelndes Problembewusstsein bei den Beteiligten als Ursachen für das Ereignis.

In dem berichtenden Krankenhaus wurde der Fall mit den Beteiligten und der Praxis besprochen. Mit den Kollegen der Anästhesieabteilung wurden verabredet, dass sie nach der Prämedikation nun immer die Operateure über eine möglicherweise zur OP-Zeit noch bestehende Thrombozytenaggregationshemmung informieren. Gemeinsam mit den operativen Abteilungen wurde ein fachübergreifendes Procedere in Bezug auf perioperative Gabe von Thrombozytenaggregationshemmern erstellt.

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

Im Rahmen der ambulanten präoperativen Vorbereitung hatte der Patient unterschiedliche Informationen zu der Einnahme seiner Medikation erhalten.

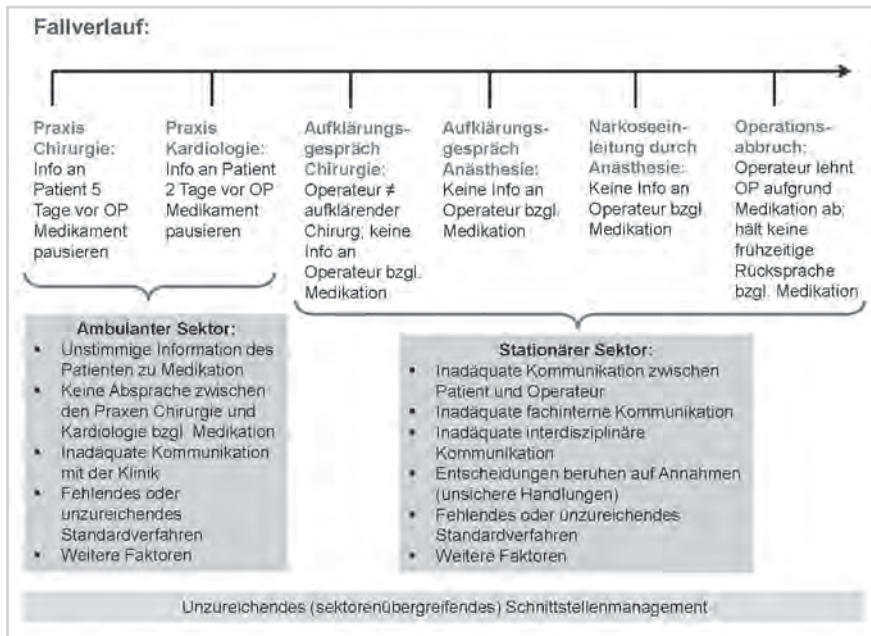
1. Die chirurgische Praxis: Medikament 5 Tage vor der Operation absetzen. Dies sollte unter Rücksprache mit dem Kardiologen erfolgen.
2. Die kardiologische Praxis: Medikament 2 Tage vor der Operation absetzen.

Bei der Prämedikation und der Narkoseeinleitung nahmen die Anästhesisten

an, dass der Operateur wusste, dass der Patient bis 2 Tage vor dem Operationstag das blutgerinnungs-hemmende Medikament einnehmen würde. Es ist hier nicht nur zwischen den Praxen, sondern auch innerhalb der Klinik möglicherweise nicht ausreichend kommuniziert worden. Leider fehlen uns Angaben darüber, was bei der chirurgischen Aufklärung des Patienten in der Klinik hinsichtlich der gerinnungshemmenden Medikation angeordnet worden ist. In der Abbildung auf der folgenden Seite werden der vermutliche Fallverlauf sowie mögliche fehlerbegünstigende Faktoren dargestellt.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Für die Optimierung der **sektorenübergreifenden Patientenversorgung** hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Auftrag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine „Checkliste für das ärztliche Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren“ publiziert. Diese ist unter folgendem Link abrufbar: <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/info/checklisten-schnittstellenmanagement.pdf>



In der Klinik ist ein festgelegtes perioperatives Verfahren bei der Versorgung von Risiko-Patienten (z. B. mit KHK oder anderen Herzerkrankungen, die Thrombozytenaggregationshemmer einnehmen) und vor Risikooperationen

(mit einem gefährlichen Blutungsrisiko bzw. Thrombose- und Embolie-Risiko) sinnvoll, um zu erreichen, dass die beteiligten Personen über alle wesentlichen Informationen verfügen und abgestimmt handeln.

Es ist zu überlegen, ob man die Einnahme von gerinnungshemmenden Medikamenten in einer **OP-Checkliste** abfragt. Eine OP-Checkliste prüft sicherheitsrelevante Schritte in der operativen Patientenversorgung ab und beugt dadurch dem Vergessen, Auslassen und Verwechsellern von Prozessschritten vor. Allerdings sollte man dabei bedenken, dass zu viele Schritte oder Abfragen auch dazu führen können, dass die Checkliste nicht mehr oder unvollständig angewendet wird. Auch bietet es sich an, die **Einschätzung des operativen Risikos** z. B. von Patienten mit kardialen Erkrankungen anhand einer Checkliste umzusetzen. In diesem Zusammenhang ist dann auch die perioperative antithrombotische Therapie abzustimmen.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 32196 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

Reife Reise

Henning Scherf hat vorbildliche Einrichtungen für Pflegebedürftige im ganzen Land besucht – auf der Suche nach einer menschenwürdigen Zukunft

Das der Mann Mut hat, war schon länger klar. Doch nun hat sich Henning Scherf, ehemaliger Bürgermeister von Bremen, Präsident des Deutschen Chorverbandes, Buchautor und Mitbewohner von Deutschlands berühmtester Senioren-WG, mit Anfang 70 auch noch auf „eine Art Expedition ins hohe Alter“ gemacht. Was andere lieber so lang wie möglich aufschieben, dem stellt sich der frühere SPD-Politiker unerschrocken. Er möchte vorsorglich und vor der Zeit herausfinden, „wie man sein Leben im hohen Alter trotz Gebrechlichkeit, trotz Demenz und trotz Sehnsucht nach den bereits verstorbenen Liebsten dennoch voller Würde und so aktiv es nur geht leben kann“. Und so wurde Scherf, unermüdlich auf der Suche nach dem Positiven, für einige Wochen Mitbewohner mehrerer Einrichtungen, in

denen meist hochbetagte, überwiegend demente und pflegebedürftige Menschen ihren „Lebensabend“ verbringen. „Antizipieren, nicht ablenken!“, heißt die Devise. Da aus der Expedition (in Zusammenarbeit mit der Journalistin Uta von Schrenk) ein Buch entstanden ist („Altersreise. Wie wir alt sein wollen“, Herder 2013, 20,60 Euro), folgt er dieser Devise stellvertretend für seine Leserinnen und Leser.

Scherf radelt zuerst einmal in eine Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz, wo er sich für einige Wochen einquartieren will. Er trifft dort auch ein angehimmltes Idol seiner Jugend, eine ehemalige Schauspielerin des Bremer Theaters, mit der er schließlich – die Pflegekräfte haben einige Bedenken – sogar eine Vorstellung in ihrer früheren Wirkungsstätte besucht.

„Ich habe also eine neue Freundin“, notiert der Mann, der in Bremen auch schon als „Oma-Knutscher“ belächelt wurde, später in seinem Tagebuch. „Sie ist zwar ein bisschen älter als ich, sie ist auch dement – unserer Freundschaft aber tut das keinen Abbruch.“ Er sei „neugierig geworden auf die verschiedenen Formen der Demenz“, gibt er später zu Protokoll. Es ist eine fast philosophische Neugier. Pflegeheime sind für ihn nicht die richtige Antwort auf die Probleme, die mit der „Alterung“ der Gesellschaft auf uns zukommen. Was dagegen funktionieren könnte – und was vor Scherf schon andere vorgeschlagen haben: Konzepte, die auf das Gemeinwesen setzen. Auch der allerletzten Etappe des menschlichen Lebens ist Scherf in seinem Buch nicht ausgewichen: Palliativmedizin und -pflege, Hospize, Sterben, Tod. Doch dies Kapitel ist zu kurz, um die Probleme konkret zu behandeln. Das ist kein Vorwurf: Es macht eher gespannt auf sein nächstes Buch.

Adelheid Müller-Lissner

Die wilden Berliner

Fragen Sie mal Neubürger oder Touristen, was sie wohl glauben: Sind die wilden Tiere oder die wilden Pflanzen gefährlicher für die Gesundheit der Berliner?

Manche denken erstmal, dass man sie auf den Arm nimmt. Wir sind doch hier nicht in der Wildnis, sondern in der Hauptstadt, also in einer Steinwüste. Wilde Berliner, ja, die haben sie schon kennengelernt („Kreuzberger Nächte sind lang“). Wilde Pflanzen, klar, die gibt's – das Unkraut zwischen den Pflastersteinen. Aber wilde Tiere?! Andere haben schon von ihnen gehört: Ach ja, die vielen Wildschweine im Grunewald, da muss man wohl nicht unbedingt spazieren gehen... Nur im Wald? Denkste! Und wild! In Maßen.

Frühsommerliche Szene (selbst erlebt) in einer Zehlendorfer Waldrandsiedlung. Man wartet bis zur Abenddämmerung und stellt sich dann samt Besucher hinter einen dicken Straßenbaum. Bald kommt der ausgewachsene Keiler, wie jeden Abend, langsam und fast lautlos um eine Hausecke gelaufen und beginnt, mit dem Rüssel im Gras des Grünstreifens auf der anderen Straßenseite herumzuschnüffeln; dann zu fressen. Was denn? Reife Maulbeeren, frisch vom Bau gefallen. Die schmutzigen auf dem Gehweg lässt er liegen. Wildschweine sind zwar Allesfresser, aber „Schnupprüssel“, Feinschmecker.

Da nähert sich ein Mann mit einer Mohrrübe in der Hand und ruft zärtlich „Komm, Hansi, komm!“ Als wäre dieses Urviech mit seinen zweieinhalb bis drei Zentnern ein Kanarienvögelchen. Er wirft Hansi den Leckerbissen zu, der kommt behände angelaufen und vertilgt ihn genüsslich. Der Nachbar tat, was man nicht tun soll: Wildtiere füttern und damit halbzahn und durch Distanzlosigkeit dreist und gar gefährlich machen (von Natur aus sind Wildschweine keineswegs aggressiv) – und immer mehr von ihnen in die Stadt locken.

Die ist alles andere als eine Steinwüste, sondern mit ihren vielen Gärten, Parks, Friedhöfen und Grünanlagen ein Biodiversitäts-Paradies für Tiere und Pflanzen.



Foto: Florian Meelers

Die Landflucht der Wildtiere ist aus ihrer Sicht durchaus vernünftig. Hier werden sie nicht gejagt, und im bewässerten Stadtgrün, in Komposthaufen, Mülltonnen und Papierkörben finden sie viel leichter Fressbares als draußen im trockenen Kiefernwald oder in den Monokulturen auf dem Lande (außer in der herbstlichen Reifezeit).

Das gilt nicht nur für Wildschweine, das gilt auch für den Steinmarder, der einen manchmal weckt, wenn er nachts auf dem Dachboden rumrennt, und der den Nachbarn eine böse Überraschung bescherte, weil er als Auto-Marder die Kabel zerbiss. Und es gilt ebenso für die Füchse. Die typischen Kulturfolger haben sich sogar mitten in der City häuslich niedergelassen und ihre Reviere in Besitz genommen. Bei uns im Garten aber hielten zwei eines sonnigen Februarmorgens sogar Hochzeit. Mitten auf dem grünen, schneegefleckten Rasen standen sie dabei minutenlang stocksteif, ein langgestrecktes achtbeiniges Tierdenkmal, in der Mitte die beiden Schwänze nebeneinander senkrecht in der Höh'. In einem verlassenem und verwilderten Nachbargarten war dann später die Wochenstube.

Füchse sind für Menschen potentiell weit gefährlicher als Wildschweine: Der Fuchs ist der Hauptüberträger der Tollwut – aber nach den erfolgreichen Schluckimpfungen per Fressköder vor etwa drei Jahrzehnten gibt's die in Deutschland kaum noch. Und der Fuchsbandwurm?

Der hat in Berlin „so gut wie keine Bedeutung“, liest man im Fuchs-Flyer einer Serie „Wildtiere im Stadtgebiet“ der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung.

Eher gefährden Wildpflanzen die Gesundheit der Berliner, können Sie Ihren Besuchern oder auch Patienten sagen. Warnen muss man besonders vor Kontakten mit zwei grünen Immigranten: *Ambrosia artemisiifolia*, dem beifußblättrigen Traubenkraut, berüchtigt für seine hochallergenen Pollen. Und *Heracleum mantegazzianum*, das ist der dekorative, zwei, drei und mehr Meter hohe Riesen-Bärenklau, auch Herkulesstaude genannt. Wirkt phototoxisch und kann die Haut bis zur Blasenbildung reizen, wenn man Stellen, die „Feindberührung“ hatten, der Sonne aussetzt. Diese beiden zählen zu den bedenklichsten unter den Neophyten, die unsere Flora doch sonst sehr bereichern.

Mit den faunistischen Einwanderern, den Neozoen, kann's ebenfalls Probleme geben: Die großen grauen US-Eichhörnchen verdrängen die kleinen rotbraunen europäischen. Und die drolligen Waschbären vertilgen massenhaft kleine Tiere, vermehren und vermehren sich und werden so frech, dass sie schon Dachziegel abgehoben haben sollen, um uns auf dem Kopf herumtanzen zu können. Wollen die unseren guten alten Berliner Bären als Wappentier verdrängen? Also ja nicht füttern!

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

4/2013 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
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern
Illustration Seite 14-15: LP7-istockphoto.com,
Lucianus-Fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 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