

# BERLINER ÄRZTE

08/2013 50. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

## Der ungeliebte Kontrolleur

MDK - Medizinischer Dienst der  
Krankenversicherung



# Appell zum Engagement



Foto: K. Friedrich

**Dr. med. Peter Bobbert (Internist)**  
*ist Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender des Marburger Bundes Berlin/Brandenburg*

Die Ausübung des ärztlichen Berufes füllt unser Leben aus. Darüber hinausgehende Aufgaben kommen da meist zu kurz. Da stellt sich leicht und oft die Frage, warum wir uns neben unserer ärztlichen Tätigkeit berufspolitisch engagieren sollten. Diese ist aus meiner Sicht bereits vor über 2000 Jahren mit einem einfachen Satz beantwortet worden: „Diejenigen, die zu klug sind, um sich in der Politik zu engagieren, werden dadurch bestraft, dass sie von Leuten regiert werden, die dümmer sind als sie selbst.“

Wir, die wir als Freiberufler eine im Gesetz verankerte heilberufliche Tätigkeit höherer Art im Interesse der Allgemeinheit ausüben, haben nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Pflicht, die Rahmenbedingungen unseres Berufes optimal zu gestalten. Möglichkeiten des persönlichen Engagements gibt es viele. Das sich Einbringen in die Arbeit unserer Ärztekammer ist hierbei eine von vielen. Wir dürfen nicht müde werden, unseren Kolleginnen und Kollegen aufzuzeigen, dass die Ärztekammer keine anonyme Institution, sondern eine von uns gewählte und zusammengesetzte Organisation ist, die für uns alle spricht und handelt. Auch ist sie nicht nur allein für die für uns gerade zu Beginn unseres ärztlichen Lebens so wichtige Regelung der Weiterbildung zuständig, sondern ist unser optionaler Mittelpunkt zur

Gestaltung der Berufs- und Gesundheitspolitik. So konnten wir gerade in den letzten Jahren miterleben, dass nicht nur die Berliner Politik, sondern auch die Allgemeinheit sehr wohl mitverfolgt, wie sich die Ärztekammer als unser Sprachrohr zu tagespolitischen Themen positioniert. Gerade der Einsatz unserer Kammer für einen besseren Patientenschutz und eine von der Pharmaindustrie unabhängig gestaltete ärztliche Fortbildung wurde bundesweit wahrgenommen und anerkannt. Hier zeigte sich aber auch mehr als deutlich, dass in der Öffentlichkeit nicht von einer Stellungnahme der Ärztekammer, sondern vielmehr von der Positionierung der Ärzteschaft im Allgemeinen gesprochen wird. Somit berührt das Handeln der Ärztekammer uns alle.

Durch die täglich praktizierte sorgsame Ausübung unseres Berufes wird die Ärzteschaft von der Gesellschaft respektiert, geschätzt und anerkannt. Zu dieser oft im persönlichen Kontakt individuell erworbenen Einschätzung gesellt sich aber zunehmend auch die in den Medien dargestellte Charakterisierung einer Ärzteschaft, die allein fixiert ist auf die Durchsetzung ihre individuellen Belange und auf die Erhöhung ihrer finanziellen Vergütung. Dies muss Ansporn für jeden von uns sein, die Positionierung der Ärzteschaft mit zu gestalten. Schon mit

der Beteiligung an der alle vier Jahr stattfindenden Wahl der Delegiertenversammlung der Ärztekammer können wir dies tun. Bei einer Wahlbeteiligung von gerade einmal 38 Prozent müssen wir hier zukünftig alle mehr Engagement zeigen.

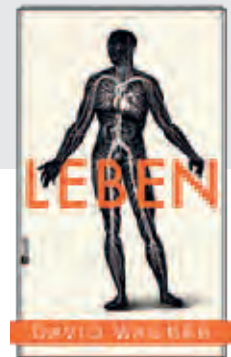
Ich bin sehr glücklich darüber, dass man mir durch die Wahl in den Vorstand der Berliner Ärztekammer nicht nur das Vertrauen, sondern auch die Möglichkeit gegeben hat, mich für ärztliche Ziele und Inhalte einzusetzen. Zwei Schwerpunkte möchte ich zukünftig in meine Arbeit setzen: Zum einen möchte ich mich für die heute immer noch schwer zu gestaltende Vereinbarkeit zwischen Familie und Beruf einsetzen. Zum anderen werde ich den schon bereits eingeschlagenen Weg unserer Berliner Ärztekammer mitgestalten, um den wissenschaftlich interessierten und tätigen ärztlichen Nachwuchs in Berlin ein produktives Umfeld zu geben.

Wir können mit Recht behaupten, dass unsere Berliner Ärztekammer in vielen Bereichen eine Vorreiterrolle übernommen hat. Gleichwohl bleibt noch viel zu tun. Packen wir es an!

INTERVIEW

# „Alles war genau so und auch ganz anders“

Der Schriftsteller David Wagner und diesjährige Belletristik-Preisträger der Leipziger Buchmesse las am Anfang Juni im Rahmen der Literatortage „LiteraturOrt Prenzlauer Berg“. Sein neues Buch „Leben“ erzählt die Geschichte eines Mannes, der – wie der Autor selbst – nur dank einer Lebertransplantation (über)leben kann.



**BÄ:** Ähnlich wie Kathrin Schmidt in „Du stirbst nicht“ haben Sie ihre Krankengeschichte in ihren Roman „Leben“ einfließen lassen. Was hat Sie motiviert, etwas so Persönliches literarisch zu ver- bzw. zu bearbeiten?

**Wagner:** Nachdem die Lebertransplantation ein Jahr her war, wollte ich verstehen, was mir da eigentlich passiert ist und ich habe angefangen, mir diese Geschichte selber zu erzählen. Ich bin gerettet worden und darf weiter leben, das ist das, was ich erzählen wollte und auch erzählen musste. Und irgendwie war alles genau so und eben doch auch ganz anders. Die Arbeit an dem Roman hat sehr lange gedauert, über sechs Jahre. In dem Roman gibt es nicht nur die Rettungsgeschichte, sondern auch viel leere Zeit im Krankenhaus.

**BÄ:** Ist Ihr Buch eine Kritik an einem schwierigen Arzt-Patienten-Verhältnis in der modernen Klinik?

**Wagner:** Das würde ich so nicht verstehen: Ich beschreibe ja auch das Verhältnis zu dem Arzt B., der ja ein Freund und Begleiter ist, vielleicht in einer etwas idealisierten Art. In der Wirklichkeit waren das zwei Ärzte, die ich in meinem Schreiben zu einer Figur zusammengefügt habe. Viele Geschichten über Krankenhaus und Ärzte sind ja negative Geschichten, zu Unrecht, wie ich finde, denn ich könnte viele gute Geschichten genau darüber erzählen. Meine Erfahrung ist, in der Klinik mit allen reden zu können.

**BÄ:** Sie lassen ihren Protagonist an der Lebertransplantation als Assistent des operierenden Professors teilnehmen. Warum war Ihnen diese Szene wichtig?

**Wagner:** Das war die Phantasie bei dieser Operation dabei zu sein und auch der Wunsch, sich selber von außen wahrneh-

men zu können, gerade in dem Moment, der so entscheidend für alles Künftige werden würde. Innerhalb des Buches ist der distanzierte Beobachter ein kleiner Trick, um von dem Ich, das dort gerade operiert wird, einen Schritt wegzugehen und dennoch beschreiben zu können, was gerade passiert. Der Erzähler weiß dann eben doch immer ein wenig mehr als die Figur und kann diese Position sehr gut einnehmen, um andere durch seinen Blick von außen an dem Geschehen teilhaben zu lassen.

**BÄ:** Sprachlich formulieren Sie an manchen Stellen regelrechte Luftlöcher ...

**Wagner:** Der Protagonist liegt im Krankenhaus. Es geht um Zwischenzustände, denn die normale Zeit ist ausgekoppelt. Da ist nur diese Wartezeit, in der völlig unklar ist, ob man stirbt oder eben doch weiterleben wird. Das extrem Unwirkliche und Uneindeutige daran, das versuche ich mit und durch Sprache zu spiegeln. Das Überleben und die Erinnerungen werden erst vom Ende her erzählbar. Das Krankenhaus ist dafür genau der nötige und geeignete Ort. Ich habe in dem langwierigen Arbeitsprozess immer wieder sehr viel heraus geschnitten, dadurch kommen vielleicht auch diese Lücken zustande, in die auch der Leser fällt und Zeit für seine eigenen Gedanken hat.

**BÄ:** Die meisten Figuren tragen keine Namen. Sie sind nur der Pfleger, die Physiotherapeutin, die Ärztin.

**Wagner:** Aber es gibt auch den Patienten Karl-Heinz, als Zeichen der Karl-Heinz-Haftigkeit. Ich hatte zwischendurch beim Schreiben übrigens viel Spaß. Das ist für mich das Überraschende, die Leute sagen, das Buch hätte auch viel Humor. Darüber freue ich mich.

**BÄ:** Die Kernidee des neuen Transplantationsgesetzes ist ja, die Menschen in Deutschland über die gezielten Nachfragen der Krankenkasse und mit sanftem Druck auf das Thema Organspende aufmerksam zu machen. Ist das der richtige Weg?

**Wagner:** Es ist auf jeden Fall besser, als gar nichts zu machen. Natürlich wird das nichts an dem vorhandenen Mangel an Spenderorganen ändern, dennoch finde ich, dass jedem erwachsenen Menschen die Frage zuzumuten ist, ob er Spender werden will oder nicht. Es wird ja niemand gezwungen, die Entscheidung dafür oder dagegen bleibt eine freie.

**BÄ:** Haben Sie den Eindruck, dass es eine Verunsicherung in der Bevölkerung nach der Manipulation bei der Vergabe von Spenderorganen in verschiedenen Kliniken in Deutschland gibt?

**Wagner:** Ich merke, wie viel Unwissenheit noch immer über Organspende vorhanden ist. Deshalb finde ich auch beeindruckend, wenn sich manche im Anschluss an meine Lesungen einen Organspendeausweis zulegen. Ich hoffe, dass mein Buch auch zur Aufklärung und Information beitragen kann, denn ich bin nur noch da, weil ich das Glück hatte, dass mir jemand eine Leber gespendet hat. Das ist etwas, woran ich jeden Tag denke. Und auch daran, dass viele Menschen dieses Glück nicht haben und sterben.

Das Gespräch führte Ulrike Hempel.

David Wagner „Leben“, Rowohlt Verlag, erschienen Februar 2013, ISBN: 978-3-498-07371-8, Euro 19,95 (D)





TITELTHEMA.....



Medizinischer Dienst der Krankenkassen – Der ungeliebte Kontrolleur

Von Angela Mißbeck.....16

EDITORIAL.....

**Appell zum Engagement**

Von Peter Bobbert.....3

**BERLINER ÄRZTE aktuell.....6**

**Die Impfeempfehlungen gegen Humane Papillomviren – Rückblick im 7. Jahr**

Informationen des Robert Koch-Instituts .....13

**BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....**

**Anwendungsfehler können tödlich sein**

Bericht vom 4. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie

Von Rosemarie Stein.....23

**„Burnout“ in den Gesundheitsberufen – über Z-Kodes und Weisheit**

Von Sabine Möddel und Matthias Brockstedt.....29

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....12

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....31

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....33

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen Mai/Juni 2013.....27

In memoriam

Friedrich Nürnberger.....34

BUCHVORSTELLUNG.....

Interview mit David Wagner zu seinem Buch „Leben“ .....4

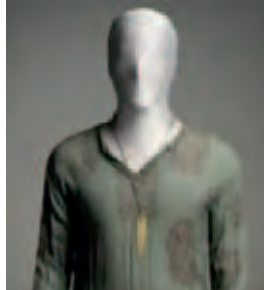
FEUILLETON.....



Moderne Medizin im Spiegel der Kunst

Von Rosemarie Stein .....35

## Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ veröffentlicht neuen Spot



[www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de)

Acht Jahre nach der preisgekrönten Medienkampagne „lieben Sie Kinder mehr, als Ihnen lieb ist?“ hat das Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ einen neuen Werbespot entwickelt. Er soll zeigen, dass die therapeutische Behandlung von Männern, die auf Kinder gerichtete sexuelle Fantasien haben, sexuellem Kindesmissbrauch vorbeugen kann. Der Spot ist ab sofort online verfügbar. Ausstrahlungen im Fernsehen und im Kino sind geplant. „Die Erfahrungen des Präventionsnetzwerks zeigen, dass durch die Therapie die Gefahr eines Missbrauchs durch pädophile Männer – zum Teil mit medikamentöser Unterstützung –

erheblich gesenkt werden kann und dadurch sexuelle Übergriffe verhindert werden“, sagt Professor Klaus M. Beier, Sprecher des Präventionsnetzwerks und Kuratoriumsvorsitzender der Wilhelm von Humboldt-Stiftung, auf deren Initiative der Spot entstanden ist.

„Während sich die Medienkampagne unseres Projektes erfolgreich an potentielle Projektteilnehmer wendet, wollen wir mit dem aktuellen Spot die breite Öffentlichkeit ansprechen. Wir wollen zeigen, dass unser Angebot funktioniert und vermitteln, dass eine Pädophilie keineswegs zum sexuellen Kindesmissbrauch führen muss. Es gibt

eine große Anzahl hilfeschender, thematiemotivierter Menschen, die wir mit unserem Angebot erreichen und die aus eigenem Antrieb lernen wollen, dass aus ihren auf Kinder gerichteten sexuellen Fantasien keine Taten werden.“

Das „Präventionsprojekt Dunkelfeld“ ist ein Projekt zur Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs. Es bietet ein kostenloses und durch die Schweigepflicht geschütztes Behandlungsangebot für Menschen, die sich sexuell zu Kindern hingezogen fühlen und deshalb therapeutische Hilfe suchen, um sexuelle Übergriffe auf Kinder oder den Konsum

von Missbrauchsabbildungen im Internet (sogenannte Kinderpornografie) zu verhindern.

Das Projekt startete im Jahre 2005 am Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin der Berliner Charité und umfasst mittlerweile sechs weitere deutsche Standorte, die sich im Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ zusammengeschlossen haben und nach gemeinsamen Qualitätsstandards arbeiten.

Der Spot ist ab sofort unter [www.kein-taeter-werden.de](http://www.kein-taeter-werden.de) sowie im YouTube-Kanal „Kein Täter werden“ online abrufbar.

ANZEIGE

Buch zur Ausstellung

KATALOG UND PLAKATE

Die besten Titelbilder auch als Plakate erhältlich. Informationen unter: [www.sehstern.de](http://www.sehstern.de)



**BERLINER ÄRZTE  
BILD DR. BUCH**

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

Bestellungen an:  
[info@sehstern.de](mailto:info@sehstern.de)

oder telefonisch unter:  
030. 217 60 99

Einzelpreis 19,80 EUR  
zuzüglich Versand



[www.sehstern.de](http://www.sehstern.de)



Humanitäre Hilfe

**Erfahren Sie mehr über Ärzte  
ohne Grenzen**



Sie interessieren sich für die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen? Vielleicht wollen Sie sogar selbst in einem Projekt mitarbeiten?

Ärzte ohne Grenzen bietet regelmäßig kostenfreie Webinare (Online-Präsentationen) für medizinisches Personal an. Bei diesen Online-Veranstaltungen werden Mitarbeiter von ihren Projekterfahrungen im Ausland berichten und über die Möglichkeiten zur Mitar-

beit informieren. Anschließend werden die Fragen der Teilnehmer beantwortet.

18.09.: Live Webinar für Hebammen und Gynäkologen/innen  
23.10.: Live Webinar für Chirurgen/innen, Anästhesisten/innen, OP-Pflegepersonal

18.12.: Live Webinar für Ärzte/Ärztinnen  
Mehr Informationen dazu finden Sie auf:  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/01-webinar-termine](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/01-webinar-termine)

Gedenkkonzert

## Gedenkkonzert für Ruth Mattheis

Sie wollte niemandem die Mühe machen, ihr Grab zu pflegen. So bekam sie zwar eine schöne Trauerfeier, bei der Claus Köppel, den sie immer ihren „Leibarzt“ nannte, in der Dorfkirche Alt-Tempelhof die Orgel spielte, aber kein Grab und kein Grabmal, sondern ihrem Wunsch gemäß eine Seebestattung.

Vor drei Jahren war die Senatsdirigentin im (Un-)Ruhestand im 91. Lebensjahr gestorben. Zu den vielen Ehrenämtern, die sie noch im hohen Alter ausübte, gehörte ihre engagierte Tätigkeit in der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin, deren Vorsitz sie jahrelang innehatte.

Ethik kennzeichnete auch ihre praktische Tätigkeit. Die meisten der Organisationen und Einrichtungen, die sie gründete oder in denen sie Sitz und Stimme hatte, dienten dazu, den Mühseligen und Beladenen dieser Stadt ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Vor allem für sie hat sie im Berliner Gesundheitswesen sehr viel bewegt, freundlich, aber hartnäckig.

Nun bekam diese stets bescheidene, mütterliche Kinderärztin doch noch ein Grabmal: ein musikalisches. Ihr war anlässlich ihres dritten Todestages eines der Patientenkonzerte gewidmet, die Geriatriechef Köppel



Foto: C. Köppel

regelmäßig im Wenckebachkrankenhaus veranstaltet und die wegen des hohen Niveaus auch von gesunden Musikfreunden geschätzt werden. Ruth Mattheis besuchte sie regelmäßig und sprach gern von der „musikalischen Späterziehung einer Senats-Dirigentin“. „Ihr“ Konzert hieß „Le Tombeau“. Musikalische Grabmäler,

meist für die Laute, komponierte man im 17. und 18. Jahrhundert zum Gedenken an hochgestellte Persönlichkeiten oder an Freunde. Mehrere dieser Miniaturen spielten Magnus Anderson auf der Laute oder der Theorbe und Claus Köppel auf dem Cembalo. Vielleicht hörte Ruth Mattheis auf ihrer Wolke gerührt lächelnd zu. *R. Stein*

ANZEIGE

## Stellungnahme zum Artikel „Problematische Kontakte“, BERLINER ÄRZTE 5/13

In Ihrer Zeitschrift „BERLINER ÄRZTE“, Ausg. Nr. 5/2013, wurde unter dem Titel „Problematische Kontakte“ auf den Seiten 28 bis 30 von der Journalistin Cornelia Stolze ein wichtiges und in jüngerer Zeit in ärztlichen Gremien und der Öffentlichkeit viel diskutiertes Problem angesprochen: die bewusste oder unbewusste Beeinflussung der Medizin durch ökonomische Interessen. Was in diesem Beitrag als Bericht über einen Expertenworkshop „Interessenskonflikte in der Medizin“ der Volkswagenstiftung beginnt, wandelt sich zu einer Generalanklage, die ganze Fachgruppen, die Autoren der

Leitlinienerstellung der S3-Leitlinie Demenz und expressis verbis meine Person diffamiert, da ich gemeinsam mit meinem psychiatrischen Kollegen die Erstellung dieser Leitlinie koor-

diniert habe. Dies erfordert eine Antwort. Die Verfasserin ist bekannt als Autorin des Buches „Vergiss Alzheimer! Die Wahrheit über eine Krankheit, die

keine ist“, in dem sie ihre These vorträgt, die sinngemäß lautet: Die Diagnose Alzheimer sei eine pharmagetriebene Pseudodiagnose, die den Absatz wirkungsloser Medikamente ermöglichen soll. Dies ist eine in Fachkreisen nicht anerkannte Hypothese.

Bei den Recherchen von Frau Stolze im Jahr 2011 gab es ein Telefonat mit mir, in dem sie das wirkliche Thema des Buches nicht offengelegt hat und aus dem sie auch diverse Vorwürfe ihres Artikels formuliert. Dabei wurden meine Aussagen uminterpretiert, entscheidende Informationen weggelassen oder falsch





## Fortsetzung Stellungnahme

zitiert. Die aus dem Telefonat entnommenen Zitate wurden mir nicht vorgelegt.

### Richtigstellungen

Frau Stolze behauptet in ihrem Artikel, dass die Autoren der im November 2009 erschienenen S3-Leitlinie Demenz ihre Industriebeziehungen nicht erklärt hätten. Richtig ist, dass dies durchweg geschehen und dokumentiert ist.

Nach den im Jahre 2009 gültigen Regeln der maßgeblichen deutschen Leitlinienorganisation „Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften“ (AWMF) wurde im Methodenreport der Leitlinie aber nur die letzte Frage dieses Conflict-of-Interest-Fragebogens abgedruckt, nämlich: Ob sich für den Autor *aus seiner Sicht* daraus mögliche Interessenskonflikte ergeben. Diese Vorgehensweise ist heute nicht mehr ausreichend, entsprach damals aber exakt den Vorgaben der AWMF.

Die Tatsache, dass heute andere Anforderungen gestellt werden, bedeutet nicht, dass damals Industrieinflüsse möglich gewesen wären: Der inhaltliche Konsensusprozess wurde zwischen über 70 Vertretern von 28 Fachgesellschaften in zwei mehrtägigen Tagungen unter der Leitung einer unabhängigen wissenschaftlichen Sachverständigen der AWMF konsentiert.

Die Vorstellung, dass sich in einem solch hochstrukturierten Konsensusprozess ungeprüfte und unhaltbare Aussagen einbringen lassen, ist irrig. Die Autorin wurde über die genannte Vorgehensweise bereits im Januar 2011 in Kenntnis gesetzt, gibt dies aber nicht wieder. Das Regelwerk der AWMF zur Conflict-of-Interest-Deklaration ist mittlerweile strenger gehalten und wird von den Fachgesellschaften umgesetzt, zum Beispiel von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Falsch ist außerdem die Darstellung in Bezug auf meine Beteiligung an der Leitung einer industriegesponserten Studie. Es handelte sich um die im New England Journal of Medicine (2004, Vol. 351, S. 2509-18) publizierte Arbeit zur Wirkung von Cholinesterase-Hemmern bei der Parkinson-Demenz, die methodisch und inhaltlich die Demenztherapie bei der Parkinson-Behandlung entscheidend vorangebracht hat. Sie zählt zu den Klasse-I-Studien in der Demenzbehandlung.

Ich habe der Autorin in unserem Telefonat die Regeln einer solchen Studie erläutert und erklärt, dass die Studienleiter das Protokoll maßgeblich entworfen haben, vollen Zugang zu den Daten hatten und die Autoren das Manuskript verfasst oder überprüft haben. Der Konsensuskonferenz war meine Beteiligung an dieser Studie bekannt.

Frau Stolze dagegen behauptet das Gegenteil und unterstellt mir sogar eine Täuschung der Leitliniengruppe.

### Wo liegen die eigentlichen Probleme?

Zahlreiche Fachgesellschaften setzen sich inzwischen mit der Frage des Einflusses wirtschaftlicher Interessen auf die medizinische Versorgung sehr ernsthaft auseinander. Besonders aktiv ist bereits seit Jahren die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Sie entwickelt derzeit einen „Handlungsrahmen zum Umgang mit wirtschaftlichen Interessen in der Neurologie“ (Code of Conduct), der auf die Probleme aufmerksam macht und für ihren speziellen Bereich, also für unser Fach und unsere Mitglieder, klare Richtlinien vorschlägt.

Es wurde längst erkannt, dass die Patientenversorgung durch zahlreiche wirtschaftliche Interessen

## Fortsetzung Stellungnahme

tangiert und zum Teil auch bedroht ist:

- Dazu gehören Einflussnahmen durch die Industrie etwa bei Kongressen oder in Journalen. Hier braucht es an vielen Stellen noch klarere Regelungen der Zusammenarbeit mit der Industrie, die auch durch entsprechende Gremien überwacht werden.

- Die Leitlinienerstellung ist mittlerweile standardisiert und durch übergreifende Regelungen auf hohem Niveau kontrolliert. Hier geht es eher um die Einhaltung der AWMF-Richtlinien.

- Ein großes Thema ist die zunehmende Ökonomisierung und Privatisierung der Medizin. Die DRGs sowie das Profitinteresse privater Träger haben die medizinische Versorgung in vieler Hinsicht negativ beeinflusst.

- Auch weltanschauliche Interessen können in die Behandlungsrealität eingreifen, wie Vorgänge an kirchlichen Krankenhäusern gezeigt haben.

In der Vergangenheit sind auf Initiative der Industrie unkorrekte wissenschaftliche Publikatio-

nen erschienen und es wurden Gefälligkeiten der Industrie an Ärzte ohne direkte Gegenleistung erbracht. Diese ohne Frage unlautere Praxis darf aber nicht verwechselt werden mit der notwendigen Zusammenarbeit zwischen praktischer Medizin und Industrie, ohne die es keinen medizinischen Fortschritt gäbe.

Die öffentliche Hand ist nicht in der Lage, die notwendigen Milliardeninvestitionen zu erbringen, um neue Medikamente oder Medizinprodukte zu entwickeln. Die meisten wesentlichen Innovationen in der Medizin sind durch industrielle Kooperationen mit akademischer Forschung entstanden, spätestens dann, wenn klinische Studien erforderlich wurden. Dies ist das Prinzip von Innovationen in einer marktwirtschaftlichen Ordnung. Dabei stehen sich Vertragspartner gegenüber.

Die Mediziner vertreten Patienteninteressen. Wenn akademische Impulse oder Beteiligungen an innovativer medizinischer Forschung unter General-

verdacht gestellt wird, fügt man der medizinischen Entwicklung in Deutschland Schaden zu und sorgt dafür, dass sich Unternehmen andernorts akademische Kooperationspartner suchen.

In keinem Fall kann es das Ziel der Medizin und ihrer Fachgesellschaften sein, aus ideologischen Gründen Brücken zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen einzureißen, die für die Weiterentwicklung der Fächer wichtig sind.

Die Medizin ist ohne die Krankenhausträger oder die forschende Industrie nicht denkbar, und vice versa. Für die Ärzte, die sich in erster Linie für ihre Patienten verantwortlich fühlen, sind beide nicht nur Interessenvertreter, sondern auch wichtige Partner.

*Prof. Dr. med. Günther Deuschl*

Direktor der Neurologischen Klinik, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel  
für die Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Veranstaltungsreihe der Charité Universitätsmedizin  
Berlin ab 4. September 2013

### Ein Mittwoch für die Gesundheit und Wissenschaft

Die Hochschulambulanzen und das Experimental and Clinical Research Center (ECRC) auf dem Campus Berlin-Buch stellen sich vor.

**Wann:** Jeweils am ersten Mittwoch des Monats

**Ort:** Konferenzraum 2. OG (Raum 3303), im Forschungsgebäude der Charité (vormals Robert-Rössle-Klinik) auf dem Campus Berlin Buch, Lindenberger Weg 80, 13125 Berlin

**Mehr Informationen unter:** [www.mdc-berlin.de/de/ecrc](http://www.mdc-berlin.de/de/ecrc)

*Etanercept*

## Dosisfragen bei rheumatoider Arthritis

Neben Methotrexat (viele Generika, cave: einmal wöchentliche Gabe) wird zunehmend zusätzlich auch das Biologikum Etanercept (Enbrel®, ebenfalls nur einmal wöchentliche Gabe) zur Basistherapie einer rheumatoiden Arthritis (RA) angewandt. Die RA gehört zu

den häufigsten und kostenintensivsten chronischen rheumatischen Erkrankungen, in der Therapie sollten auch ökonomische Aspekte berücksichtigt werden.

In einem Kommentar zu einer neuen Studie wird hervorgehoben, dass statt einer Dosis von 50 mg auch 25 mg Etanercept wöchentlich genügen, um in Kombination mit Methotrexat eine niedrige Krankheitsaktivität zu erhalten.

Dies ist ein typisches Beispiel dafür, dass Dosisverringerungen bei chronischen Erkrankungen Sinn ergeben können, vorausgesetzt diese Maßnahme wird sorgfältig überwacht. Eine mögliche Verringerung von unerwünschten Wirkungen (UAW) scheint gerade bei hochwirksamen und UAW-trächtigen Arzneistoffen wie Etanercept besonders empfehlenswert.

Quellen: Dt. Ärztebl. 2013; 110 (14): C 585; Dt. Med. Wschr. 2013; 138: 19

*Simvastatin*

## ...und körperliches Training

Körperliches Training ist für kardiovaskuläre Risikopatienten eine anerkannte therapeutische Maßnahme, wenn der Patient genügend motiviert ist. In einem Kommentar zu einer neuen Studie wird eine mögliche Interaktion zwischen der Gabe von Simvastatin und dem Trainingseffekt vermutet. 40 mg/d Simvastatin machte den Trainingseffekt (kardiorepiratorische Fitness und Erhöhung des Mitochondriengehaltes in der Skelettmuskulatur) über 12 Wochen im Vergleich zur Placebogabe zunichte. Das Studienergebnis muss noch überprüft werden, könnte jedoch plausibel sein: Statine können zu strukturellen und funktionellen Veränderungen der Skelettmuskulatur führen (bis hin zur Rhabdomyolyse).

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158 (21): 22

*Therapie der Herzinsuffizienz (HI)*

## ...bei Älteren

Diuretika, ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker, Betablocker und auch Digitalis zählen Leitlinien-gerecht zur medikamentösen Therapie einer HI. Nach einer zusammenfassenden Publikation leiden sehr viele alte Patienten an einer HI mit erhaltener Pumpfunktion (sog. diastolische HI), bei der nach heutiger Datenlage ACE-Hemmer, Angiotensinrezeptorblocker und Betablocker kaum oder gar nicht wirken. Schleifendiuretika und Thiazide sind auch bei alten Patienten symptomatisch wirksam. Auch Aldosteronrezeptorantagonisten wie Spironolacton (Aldactone®, Generika) oder Eplerenon (Inspra®) führen allgemein zu einer Prognoseverbesserung.

Quelle: Dt. Med. Wschr. 2013; 138: 700-02

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:  
Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,  
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf, Tel. 0211 4302-2272**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 7/2013

ANZEIGEN

## Die Impfempfehlung gegen Humane Papillomviren – Rückblick im verflixten 7. Jahr

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat im März 2007 die Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für alle Mädchen im Alter von 12-17 Jahren empfohlen. Die Impfquote liegt heute, nach mehr als 6 Jahren, immer noch bei unter 50% [1].

Das Impfziel ist die Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs [2]. Der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs geht eine chronische HPV-Infektion voraus. In klinischen Studien wurde gezeigt, dass nach einer Impfung gegen die HPV-Typen 16 und 18 das Risiko junger Frauen, eine chronische HPV-Infektion zu bekommen oder an einer Krebsvorstufe am Gebärmutterhals zu erkranken, signifikant sinkt [3]. Mit der Empfehlung wurde die HPV-Impfung in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen. Bereits vor der Impfempfehlung der STIKO hatten einzelne Krankenkassen Kostenübernahmen zugesagt – eine Kostenübernahme für alle gesetzlich Versicherten in der Zielgruppe konnte aber erst nach der Impfempfehlung einheitlich geregelt werden.

Der STIKO wurden Daten der klinischen Studien zugänglich gemacht, die zum Zeitpunkt der HPV-Impfempfehlung noch nicht publiziert waren. Für die Öffentlichkeit war die Begründung für die Impfempfehlung somit nicht vollständig nachvollziehbar. Als nach einiger Zeit die Publikationen der Ergebnisse erfolgten, schien die Bewertung des Nutzens der Impfung durch die STIKO für kritische Stimmen als zu positiv [4]. Zudem wurde bemängelt, dass Unsicherheiten aufgrund noch nicht vorliegender Daten nicht ausreichend kommuniziert wurden. Insbesondere lagen zum Zeitpunkt der Impfempfehlung noch keine Langzeitbeobachtungen zum Nutzen der Impfung für die Allgemeinheit vor. Man hätte jedoch viele Jahre warten müssen, bis diese Daten nach breiter Anwendung der Impfung in anderen Ländern generiert worden wären.

Inzwischen wurden zahlreiche Daten zur HPV-Impfung zusätzlich publiziert [5-8].

Die Impfung kann nach Ergebnissen von klinischen Studien und aus der breiten, weltweiten Anwendung als sehr wirksam und sicher gelten.

In der Früherkennungsuntersuchung sollen höhergradige Krebsvorstufen am Gebärmutterhals erkannt werden. Die Impfung gegen HPV soll eine chronische Infektion mit den Hochrisiko HPV-Typen 16 und 18 und somit bereits das Entstehen von Krebsvorstufen am Gebärmutterhals und mögliche operative Eingriffe verhindern. Beide Maßnahmen zusammen können ein qualitätskontrolliertes Krebs-Vorsorgeprogramm ergeben.

Die Evidenz zur Wirksamkeit und Sicherheit der HPV-Impfung ist überzeugend. Die Impfung kann unnötige Eingriffe aber voraussichtlich auch eine beträchtliche Anzahl an Krebsfällen verhindern [8]. Im Kontrast dazu steht die niedrige Inanspruchnahme. Es sollte in der ärztlichen Praxis jede Gelegenheit genutzt werden, um junge Frauen zu informieren und die Impfung anzubieten. Trotzdem gibt es offene Fragen, die noch nicht sicher beantwortet werden können (z.B. Schutzdauer, sehr seltene Nebenwirkungen). Diese müssen im Rahmen koordinierter Begleitforschungsprogramme erfasst, bewertet und kommuniziert werden.

### Literatur

- [1] Deléré Y., Human vaccines & immunotherapeutics 2013 May 31;9(8).
- [2] RKI, Epid Bull12/07.
- [3] Schiller JT et al., Vaccine 2012 Nov 20;30 Suppl 5:F123-38.
- [4] Doren M. et al., Pharmazie in unserer Zeit 2009;38(2):186-7.
- [5] Read TR et al., Sex Transm Infect 2011 Dec;87(7):544-7.
- [6] Herrero R. et al., Cancer discovery 2011 Oct;1(5):408-19.
- [7] Markowitz LE et al., J Infect Dis 2013 Aug;208(3):385-93.
- [8] Horn J., Vaccine 2013 May 1;31(19):2372-80.

### Weitere Informationen:

<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/HPV/HPV.html>





## Masern: Senatsverwaltung empfiehlt Schutzimpfung auch für vor 1970 Geborene

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin rät ergänzend zu den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts (STIKO) auch Personen, die vor 1970 geboren sind, zu einer Masernschutzimpfung. Dies geht aus einem „Rundschreiben über öffentlich empfohlene Schutzimpfungen und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe“ hervor, das am 28.06.2013 im Amtsblatt für Berlin veröffentlicht wurde. Von Seiten der STIKO gilt diese Empfehlung nur für Personen, die nach 1970 geboren wurden.

### Vorsicht bei der Abrechnung!

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin weist in diesem Zusammenhang auf mögliche

Probleme bei der Abrechnung der Impfung gemäß Senatsempfehlung hin. Wie KV-Vorstand Burkhard Bratzke erläuterte, hat die KV Berlin drei Impfvereinbarungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen. Eine mit der Knappschaft /Bahn/See, eine mit der AOK und die dritte mit allen anderen Kassen.

In allen Vereinbarungen wird die STIKO-Empfehlung seinen Angaben zufolge als Grundlage für den Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten und die Abrechnungsmöglichkeit der Vertragsärztinnen und -ärzte herangezogen. Für alle Impfungen außerhalb der STIKO Empfehlungen gelte, dass privat liquidiert und rezeptiert werden muss.

Die KV rät deshalb den Vertragsärzten zwischen den unterschiedlichen Inhalten der „öffentlich empfohlenen Impfungen“ und der „STIKO-Empfehlung“ sorgfältig zu differenzieren. Zu Lasten der Kassen geht in Berlin die Masernschutzimpfung nur, wenn die Voraussetzungen der STIKO vorliegen. Diese sind wie folgt:

Alle Kleinkinder sollen ab dem 11. Monat zwei Impfungen gegen Masern, meist in Kombination mit Mumps, Röteln und Varizellen erhalten.

Darüber hinaus sollen Impfücken bei Kindern und Jugendlichen, die bisher nicht zweimal gegen Masern geimpft wurden, geschlossen werden.

Außerdem empfiehlt die STIKO allen Erwachsenen,

- die nach 1970 geboren wurden und
- bei denen keine Masernerkrankung ärztlich dokumentiert ist und
- die einen unklaren Masernimpfstatus oder aber bislang nur eine oder gar keine Impfung erhalten haben

eine einmalige aktive Immunisierung vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff.

### Kurs

## Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin 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 Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

### Termine:

9 Stunden Theoriekurs: jeweils Donnerstag 19.00 – 21.15 Uhr  
19.09.2013, 31.10.2013 und 07.11.2013

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

Gesamtgebühr: 550 €, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 030 40806-1203  
E-Mail: a.hellert@aekbde



## Fehler aber kein Pfuscher



Die jährliche Pressekonferenz der Bundesärztekammer zur Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen brachte zunächst einmal keine größeren Überraschungen. 7.578 Anträge zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern wurden 2012 bearbeitet. In etwa jedem dritten Fall stellten die Gutachter tatsächlichen einen Behandlungsfehler fest (2.280). Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen führten, waren wie in den Vorjahren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. „Ärzte machen Fehler, wir sind aber keine Pfuscher“, betonte Dr. Andreas Crusius, Kammerpräsident in Mecklenburg-Vorpom-

mern und Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Präsentation. Er spielte damit auf

die immer wiederkehrende negative Berichterstattung der Medien über Behandlungsfehler an, in denen der Begriff „Ärztepfusch“ mit schöner Regelmäßigkeit auftaucht. Nach Pfuscher komme Vertuschung. Mit der jährlichen Veröffentlichung der Statistik Sorge man aber vielmehr für Transparenz.

Das machte auch Elisabeth Goetz von der 'Unabhängigen Patientenberatung' Bremen deutlich. Damit war erstmals eine Vertreterin einer Patientenberatung bei der Pressekonferenz anwesend. Sie schilderte eindrücklich die positiven Erfahrungen, die betroffene Patienten immer wieder mit den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen machen. Sie betonte, dass das Schlichtungsverfahren für die Patienten kostenlos und unkompliziert sei. Gleichwohl benötigten viele Patienten bei der Durchführung des Schlichtungsverfahrens Unterstützung. Die oft zitierte gleiche Augenhöhe gebe es bei Patienten und Ärzten nicht. Wie Goetz betonte, führe häufige schlech-

te Kommunikation mit den Patienten dazu, dass der Eindruck entstehe, es gebe etwas zu verbergen. Die Betroffenen wollten vor allem Empathie und Aufklärung.

Professor Dr. Walter Schaffartzik, Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern – zu denen auch die Ärztekammer Berlin gehört –, stellte anschließend detailliert die Vielzahl von Maßnahmen vor, die inzwischen in deutschen Kliniken und Praxen ergriffen würden, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Die klare Präsentation und die Einbindung der Patientenberatung zeigten Erfolg: In der folgenden Medienberichterstattung tauchte nur noch vereinzelt das Wort „Pfuscher“ auf. Wie nachhaltig dies sein wird, bleibt abzuwarten.

Die detaillierten Ergebnisse sind zu finden unter: <http://www.bundesaerztekammer.de> > Patientensicherheit > Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen *srd*

### Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



#### HELIOS Klinikum Emil von Behring

Professor Dr. med. Holger Rüssmann ist seit dem 1. Mai 2013 Ärztlicher Direktor im HELIOS Klinikum Emil von Behring in Berlin-Zehlendorf. Er ist Nachfolger von Professor Dr. med. Dirk Kaiser, der das Amt seit 2006 inne hatte und der Ende April 2013 feierlich in den Ruhestand verabschiedet wurde. Prof. Dr. Rüssmann ist seit März 2008 im Klinikum tätig und leitet als Chefarzt das Institut für Mikrobiologie, Immunologie und Laboratoriumsmedizin. Seit vier Jahren fungiert er gleichzeitig als Stellvertretender Ärztlicher Direktor seines Vorgängers Professor Dr. med. Dirk Kaiser.

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](mailto:e.piotter@aekb.de) oder [s.rudat@aekb.de](mailto:s.rudat@aekb.de)

# Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

## Der ungeliebte Kontrolleur

*Von Angela Mißlbeck*

Der MDK gilt vielen als Spar-Schwein der Gesetzlichen Krankenversicherung. Er macht sich selten beliebt, wenn er Krankenhausabrechnungen in Frage stellt oder von niedergelassenen Ärzten Begründungen für ihre Krankschreibungen und Heilmittelverordnungen fordert.

Doch was ist dran an den Vorurteilen gegenüber der Institution? BERLINER ÄRZTE hat hinter die Kulissen geschaut.



Illustration: RM | SEHSTERN



**S**tephan Becker liebt seinen Beruf als Arzt. Mit Patienten hat der 51-jährige Chirurg zwar kaum mehr zu tun. Dafür pflegt er intensiv den Austausch mit Kollegen. Der läuft nicht immer nur harmonisch ab. Denn Becker ist Gutachter beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg. Da kommt es schon mal zu fachlichen Auseinandersetzungen, wenn er ein Krankenhaus besucht, um Abrechnungen zu überprüfen. Nur in den allerseltensten Fällen jedoch schlägt Becker offene Feindschaft entgegen. „Das habe ich in fünf Jahren nie erlebt“, sagt der gebürtige Westfale, der seit 16 Jahren in Berlin wohnt. Lediglich scherzhaften Fragen seiner befreundeten Kollegen musste er sich stellen. Ob er wohl zum Feind übergelassen sei, hieß es 2008, als Becker vom Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) zum MDK wechselte. Seitdem hat er schon drei seiner Krankenhaus-Kollegen für seinen neuen Job begeistern können.

„Wer woanders nichts geworden ist, geht zum MDK.“ So lautet ein gängiges Vorurteil unter Ärzten. Das widerlegt Becker in persona. Vor seinem Wechsel war er leitender Oberarzt im ukb und saß auf der anderen Seite: Er hat selbst die Gespräche mit dem MDK geführt. Dort hat er eines gelernt: „Beim MDK rennen offensichtlich nicht nur Volltrottel herum“, sagt er scherzhaft. Im Gegenteil: Meist sind es Ärzte mit reichlich Berufserfahrung, und das ist aus Beckers Sicht auch gut so. Denn so steigt ihre Akzeptanz bei den Krankenhauskollegen.

### Der MDK-Gutachter: Indikationen überprüfen

18 Jahre Krankenhaus hat Becker hinter sich, davon die letzten als leitender Oberarzt. Seinen Seitenwechsel bereut er keineswegs – im Gegenteil. „Im Krankenhaus entsteht über die Jahre ein gewisser Frust über die Arbeitsbedingungen“, sagt der Chirurg. Die kurative



Stephan Becker,  
Gutachter beim MDK Berlin-Brandenburg

Tätigkeit werde immer weniger, der Schreibkram immer mehr, die Nachtdienste stecke man immer schlechter weg. Auch die Aufstiegsperspektiven erschienen Becker zweifelhaft, denn Chefärzte seien heute in ökonomische Führungsstrukturen eingebunden. „Die wirtschaftlichen Interessen der Krankenhäuser haben häufig mit Medizin nicht mehr viel zu tun“, so seine Auffassung. Dagegen biete der MDK ihm „ein hohes Entwicklungspotenzial, ein sehr breites Spektrum und viel Gelegenheit sich mit Forschung und neuen Studien zu befassen. Und nicht zuletzt stimmt auch die Work-Life-Balance“. Becker ist von seinem Beruf überzeugt: „Der MDK ist die einzige Kontrollinstanz im Gesundheitswesen.“ Der Mediziner legt Wert darauf, dass er kein Handlanger der Krankenkassen ist, wie es über den MDK vielfach kolportiert wird: „Wir sind allein unserem gutachterlichen Gewissen verpflichtet. Zielquoten gibt es nicht.“

Den Großteil seines Arbeitsalltags verbringt Becker am Schreibtisch. Die Bewertung von sogenannten Hochkostenfällen für die Krankenkassen nimmt viel Zeit ein. „Die Krankenkassen akzep-

tieren das, wenn man die Abrechnung als plausibel bewertet und das begründet“, so seine Erfahrung. Abwechslung im Joballtag bringen ihm die Begehungen in den Krankenhäusern. In Berlin wird grundsätzlich für jedes Einzelfallgutachten bei Verweildauerprüfungen vor Ort im Krankenhaus geklärt, ob die Abrechnung gerechtfertigt war oder nicht. Elf Krankenhäuser betreut Becker. Die häufigsten Prüfanlässe sind die Kodierung und die Verweildauer. „Nötig wäre es eigentlich, die Indikation zu prüfen, aber das geht nicht“, sagt Becker mit Blick auf die anhaltenden Debatten um Knie- und Hüftoperationen. Eine Erweiterung des MDK-Auftrags in diese Richtung fände er sinnvoll.

Den Ärger seiner Krankenhauskollegen über den MDK kann er dennoch zumindest teilweise nachvollziehen. Geschuldet ist der seiner Meinung nach einem Umstand, der durchaus strittig ist: Der MDK prüft nur die medizinische Notwendigkeit und Angemessenheit einer Behandlung, nicht aber ihre soziale. „Eine soziale Indikation, zum Beispiel für eine längere Verweildauer, muss mit der Krankenkasse geklärt werden“, sagt Becker.

### Der Krankenhaus-Controller: Soziale Aspekte beachten

Ein Beispiel: Bei einer alten Frau sind für eine Leistenhernien-OP zwei Tage Liegezeit abgerechnet. Der MDK kritisiert eine zu lange Verweildauer – übrigens der häufigste Anlass für Prüfungen. Die Dame lebt allein. Für eine häusliche Betreuung nach der OP steht niemand zur Verfügung. „Der MDK beschäftigt sich jedoch in solchen Konstellationen nur mit medizinischen Aspekten. Das ist ein Manko. Obwohl die Ärzte dort alle Sozialmediziner sind, spielt das Soziale dann keine Rolle“, sagt Dr. Ralf Hammerich, Medizincontroller an der Berliner Uniklinik Charité.



## Beraten, prüfen, begutachten - Die Aufgaben des MDK

Der MDK Berlin-Brandenburg präsentiert sich auf seiner Homepage als Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Er beansprucht für sich sozialmedizinische Kompetenz. Jeder Arzt, der als Gutachter beim MDK tätig wird, hat die Zusatzqualifikation Sozialmedizin absolviert. Medizinisch-fachlich soll der MDK per Gesetz unabhängig sein. Die Gutachter seien nur ihrem Gewissen unterworfen, so der MDK Berlin-Brandenburg in seiner Selbstdarstellung.

Kernaufgaben des MDK sind die Beratung der Krankenkassen in sozialmedizinischen Grundsatzfragen und Einzelfallbegutachtungen im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen. Großen Raum nehmen die Begutachtungen zur Einordnung von Versicherten in eine Pflegestufe ein. Auch die Qualitätsprüfungen von Pflegeheimen und Pflegediensten sind zentrale Aufgaben des MDK für die Pflegeversicherung.

Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) prüft der MDK unter anderem, ob Krankenhausbehandlung, Arbeitsunfähigkeit, Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen angemessen sind. Auch die Anwendung neuer oder unkonventioneller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die Versorgung mit Hilfsmitteln, die zahnmedizinische Versorgung oder die Verordnung von häuslicher Krankenpflege kommen immer wieder auf den Prüfstand.

Für GKV-Leistungen gilt, dass sie dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, notwendig und wirksam sein und zugleich wirtschaftlich erbracht werden sollen. Diese Prinzipien legt der MDK Berlin-Brandenburg seinen Gutachten und Beratungen zugrunde. Insgesamt 223.000 Einzelfallgutachten hat er 2012 auf dieser Basis erstellt. Dabei dominieren ganz klar die Gutachten zu Krankenhausabrechnungen. Krankenhausleistungen hat der

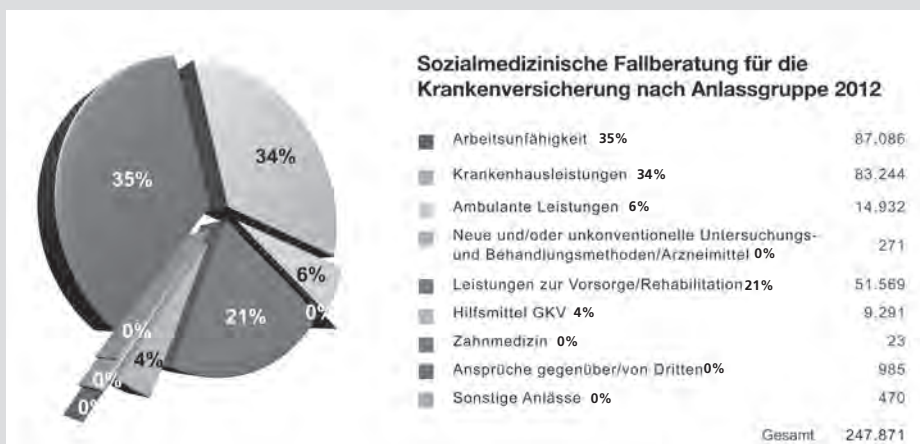
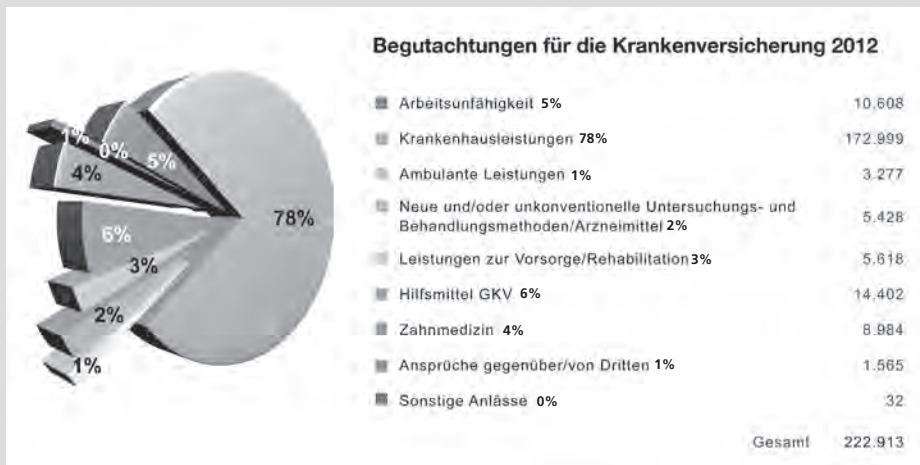
berlin-brandenburgische MDK bei mehr als drei Viertel (78%) seiner Einzelfallgutachten im Jahr 2012 unter die Lupe genommen. Hinzu kommen mehr als 247.000 Fallberatungen für Krankenkassen. Anlass dazu gaben Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Krankenhausabrechnungen jeweils zu gut einem Drittel.

„Von wachsender Bedeutung ist ferner die Begutachtung von vermuteten Behandlungsfehlern“, stellt der MDK Berlin-Brandenburg fest.

1.408 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der MDK Berlin-Brandenburg (MDK BB) im Jahr 2012 erstellt. Bundesweit waren es 12.686 Gutachten.

Zum Vergleich: Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern haben im Jahr 2012 insgesamt 12483 Behandlungsfehler begutachtet.

(ami)

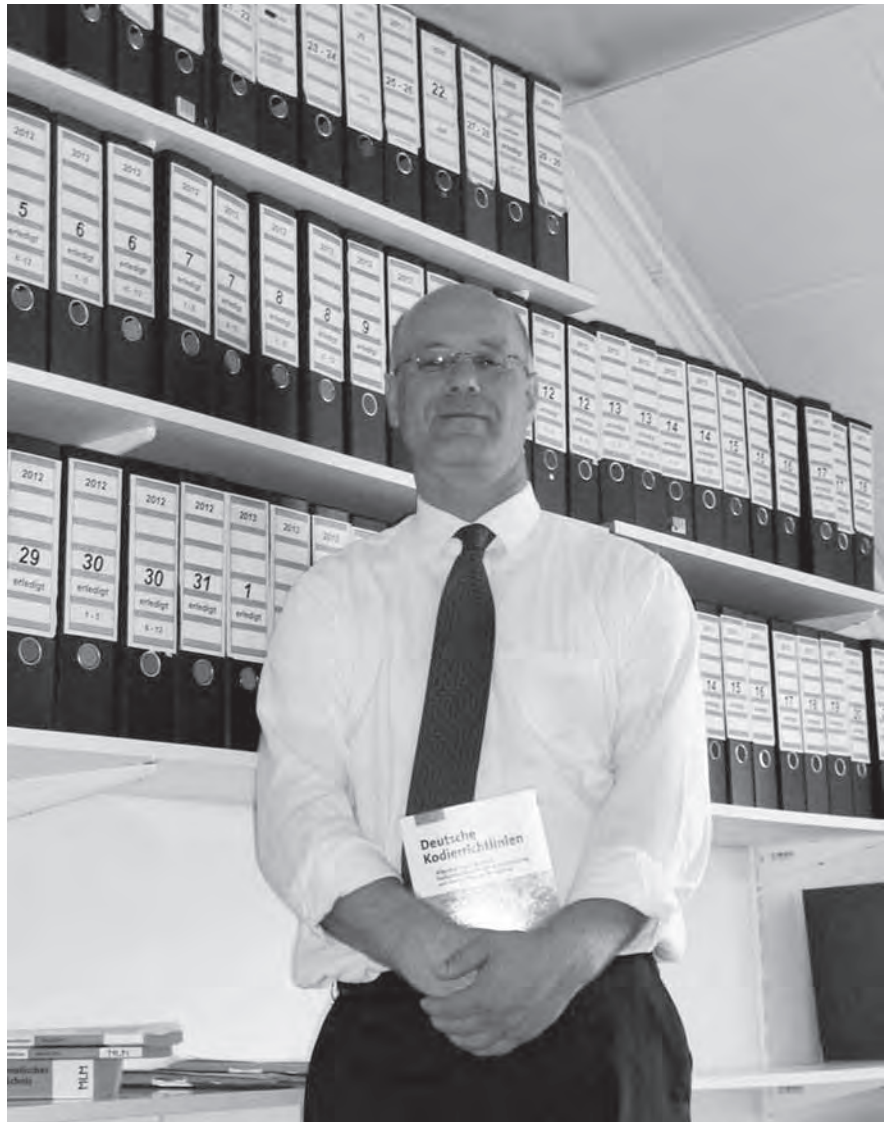


An seinem Schreibtisch zwischen Aktenregalen und Dachschrägen auf dem Campus Virchowklinikum sitzt der 48-jährige Anästhesist nur selten. Denn fast täglich hat er Gutachter des MDK zu Besuch und diskutiert mit ihnen über strittige Fälle. Das Verhältnis zu den Kollegen auf der anderen Seite ist überwiegend gut. „Über die meisten Gutachter können wir uns nicht beschweren, sagt Hammerich, der innerhalb des Geschäftsbereiches Leistungsmanagement der Charité arbeitet.

Fast immer lautet der Vorwurf der Kassen, dass die Patienten zu lang liegen würden. Geprüft werden auch teure Behandlungen, von denen die Charité als Uniklinik überdurchschnittlich viele macht. Dabei trifft es die einzelnen Fächer unterschiedlich oft. Manche Abteilungen werden kaum geprüft, andere dafür sehr intensiv.

Nicht immer lässt sich in den Prüfungen nachvollziehen, warum etwas bei der Behandlung so und nicht anders gemacht wurde. „Die Kasse sitzt am Ende und sieht nur ein Schattenbild der Behandlung“, sagt Hammerich mit Verweis auf Platons Höhlengleichnis. Sein wichtigstes Werkzeug in der Auseinandersetzung mit dem MDK ist die Patientenakte. „Was da nicht drinsteht, daran wird sich kaum einer erinnern können“, sagt er. Im Zweifel wird in der Abteilung nachgefragt oder der behandelnde Arzt hinzugezogen. Dabei ist es ein großer Vorteil, dass die Fristen für die MDK-Prüfungen zuletzt deutlich verkürzt wurden. Die vom Landessozialgericht Bayern geforderte Frist von 170 Tagen für die Begehung durch den MDK hat sich in Berlin durchgesetzt. Für die Krankenhäuser hat diese Änderung große Vorteile. Sie müssen weniger Rückstellungen bilden und haben mehr Budgetsicherheit. Das Prüfjahr 2012 ist schon fast vollständig abgeschlossen.

Neben der Verweildauer stellt der MDK im Kassenauftrag oft auch die Codierung in Frage. Stimmen Diagnose und Nebendiagnosen? „Bei Zusatzentgelten



Dr. Ralf Hammerich, Medizincontroller an der Charité

retten wir ganz viel“, sagt Hammerich nicht ohne Stolz. Das Medizincontrolling hat ihm von Anfang an Spaß gemacht. Nach einer Fachhochschulausbildung im Medizinmanagement hat er 2003 nach seiner Tätigkeit als OP-Koordinator am Campus Benjamin Franklin damit begonnen. Damals habe es nur eine kleine Datenbank für MDK-Fälle gegeben, berichtet Hammerich. „Das hat sich deutlich verstärkt.“ Inzwischen hat der Medizincontroller mit seinen Kollegen an der Charité und in Kooperation mit Siemens eine Datenbank entwickelt, die für das KIS-System SAP deutschlandweit vertrieben wird. Hammerich hört nicht auf, sich fortzubilden. Zuletzt hat er das

Gutachter-Curriculum der Ärztekammer Berlin absolviert. Das gibt ihm Sicherheit und Autorität bei den komplexen Fragestellungen, die er an der Charité klären muss.

Einige Therapiekonzepte sind komplex. Sie sind oft deutlich schwieriger im Handling als andere MDK-Fragestellungen, so Hammerich. „Der MDK kommt im Nachgang und mit reiner Theorie. Deshalb steht es ihm nicht zu, die Therapiewahl in Frage zu stellen“, meint der Charité-Mediziner. Ein Beispiel: „Bei einem Malignen Melanom im Auge kann eine Protonentherapie hilfreich sein“, sagt Hammerich. Die Charité



Praxis von Dr. Kristina Pralle (2. von rechts), Diabetologin in Charlottenburg

bietet diese Leistung nach seinen Angaben für Patienten aus ganz Deutschland im Hahn-Meitner-Institut an. Der MDK Berlin-Brandenburg ist mit der Sachlage vertraut, nicht aber die MDK aus anderen Bundesländern. Daher musste die Charité die Behandlung des öfteren rechtfertigen. Dieses Problem gehört erst der Vergangenheit an, seit beim MDK das Tatort-Prinzip das Wohnort-Prinzip abgelöst hat. Nun ist der Berliner MDK für alle Charité-Patienten zuständig, egal woher sie kommen.

Wachsende Bedeutung hat nach Hammerichs Darstellung auch die Prüfung von Komplexbehandlungen. Viele Probleme erwachsen dabei schon aus Formulierungen in den Kodierrichtlinien und Details im OPS-Katalog. Wie oft am Tag muss die Temperatur gemessen werden, wenn die Komplexpauschale eine 24-Stunden-Temperaturmessung fordert? Bei solchen Fragen gilt auch für MDK-Gutachter das Sprichwort: Zwei Ärzte – drei Meinungen.

Hammerichs Fazit über die Arbeit des MDK: „Dass extern geguckt wird, was Ärzte machen, halte ich für richtig. Allerdings steht bei den Prüfungen des MDK meist nicht dieser Aspekt im Vor-

dergrund, sondern im Kassenauftrag der finanzielle“, sagt der Charité-Mediziner. Er hat sich auch über die finanzielle Bedeutung der MDK-Prüfungen für die Gesetzliche Krankenversicherung Gedanken gemacht: „Es ist die Frage, ob das nicht am Ende ein gesundheitswirtschaftliches Nullsummenspiel ist“, sagt er.

### **MDS: Konkrete Geldsummen sind unbekannt**

In der Tat sind auch Krankenkassen und der Medizinische Dienst des Spitzenverbands (MDS) äußerst zurückhaltend, wenn man danach fragt, was die MDK pro Jahr hereinholen. Durch die Medien geisterte zuletzt eine Summe von zwei Milliarden Euro, die allein aus falschen Krankenhausabrechnungen resultieren würde.

Weder der MDS noch der GKV-Spitzenverband wollten dies auf Nachfrage bestätigen. Der MDS verwies auf ein Gutachten aus dem Jahr 2010, in dem von 1,5 Milliarden Euro aus dem Bereich der Krankenhausabrechnungen für das Jahr 2009 die Rede ist – eine Angabe, die laut MDS vom GKV-Spitzenverband stammt. Allerdings ist das laut MDS die Gesamtsumme aller

2009 geprüften Abrechnungen und nicht der Betrag, den die Krankenkassen schließlich von den Abrechnungen einbehalten. Diesen Betrag wollte – oder konnte? – zumindest auf Nachfrage von BERLINER ÄRZTE keiner herausrücken. Der GKV-Spitzenverband verwies an den MDS, der MDS an den GKV-Spitzenverband ...

So verliert sich auch der hitzige und seit dem Gutachten von 2010 immer wieder aufflammende Streit zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband über die Höhe mutmaßlicher Falschabrechnungen aus Krankenhäusern letztlich im Strudel der Kompetenzzuweisungen.

### **Die niedergelassene Ärztin: Kommunikation verbessern**

Abseits dieses Streits stehen die niedergelassenen Ärzte. Dennoch geraten auch sie immer wieder in den Fokus des MDK. Meist sind es Krankschreibungen, die infrage gestellt werden, oft aber auch Hilfsmittelverordnungen oder Kuranträge (siehe Kasten und Grafik). Dabei sind die Ärzte nur selten finanziell betroffen. Doch der Zeitaufwand für Kassenanfragen und MDK-Prüfungen ist enorm.

Rund zwölf solcher Anfragen gehen in der Charlottenburger Praxis der Diabetologin Dr. Kristina Pralle jede Woche ein. Etwa zwölf Minuten Aufwand rechnet sie pro Anfrage. „Anfragen zu Arbeitsunfähigkeit und Insulinpumpen zu beantworten, dauert rund eine halbe Stunde“, sagt Pralle. Knapp drei Stunden kommen so zusammen. Ihre Erfahrung: „Die Häufigkeit der Anfragen hängt direkt vom Sachbearbeiter der Krankenkasse ab.“ Neuerdings sind die meisten Anfragen auch noch mit einer extrem kurzen Bearbeitungsfrist versehen. Das liegt daran, dass den Krankenkassen für die Ablehnung von Leistungen eine Frist von längstens fünf Wochen ins Patientenrechtegesetz geschrieben wurde. Doch das betrachtet Pralle nicht als ihr Problem. „Das ist nicht immer zu schaffen. Denn die direkte Patientenversorgung hat Vorrang.“



Um die Patientenversorgung ging es der 50-jährigen Internistin auch, als sie kürzlich von sich aus den Kontakt zum Berliner MDK suchte. Im Rahmen eines Zusatzvertrags von Berliner Diabetologen mit der AOK Nordost zur Versorgung des diabetischen Fußes erfuhren die Ärzte von den Orthopädieschuhmachern, dass es oft Verzögerungen bei der Schuhversorgung gab. Die Schumacher und die Patienten erhielten laut Pralle in beinahe allen Fällen zunächst Ablehnungsschreiben. Die Ärzte sahen ihre Therapie gestört. Das MDK-Gutachten zur Begründung der Ablehnung müssen die Patienten anfordern – eine große Belastung für die Patienten, wie Pralle findet.

„Menschen mit diabetischem Fuß sind schwerstkrank und brauchen eine schnelle Versorgung“, sagt Pralle. Sie und ihre Kollegen suchten in der Folge den Kontakt zum MDK und kamen mit der zuständigen Abteilungsleiterin ins Gespräch. Dabei zeigte sich, dass die Probleme damit zusammenhängen, dass die Diabetologen Schuhwerk verordnen, das zwar die Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft (AG) Fuß der Deutschen Diabetologischen Gesellschaft, nicht aber der Hilfsmittelkatalog der GKV vorsah. Jetzt proben die Diabetologen ein neues Verfahren: Jede erstmalige oder höhergradige Schuhverordnung ergänzen die Ärzte nun um Fotos der Füße des Patienten, Lokalbefunde, eine kurze Krankengeschichte und den Verordnungsbogen der AG Fuß. Das Verfahren wird für ein halbes Jahr erprobt.

Pralle ist bislang damit zufrieden. „Ich fand es besonders frustrierend, in dieser Sache keinen Ansprechpartner zu haben“, sagt die Praxischefin. Als Eingriff in ihre Therapiefreiheit empfindet sie das Vorgehen von Kassen und MDK nicht mehr, seit sie verstanden hat, wie es zu den Problemen kam. „Die Grenzen der Therapiefreiheit in der GKV werden woanders gesetzt. Der MDK überwacht sie nur“, sagt sie.

*Verfasserin:*

Angela Mißlbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

## Ein mächtiger Verein - Struktur und Finanzierung des Medizinischen Dienstes

Auf ihre – gesetzlich verbrieft – medizinisch-fachliche Unabhängigkeit legen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) großen Wert. Doch finanziert werden die Gemeinschaftseinrichtungen von den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in den Bundesländern. Häufig klingt in der Kritik am MDK daher ein Leitmotiv an: Wes Brot ich ess, des Lied ich sing. Doch nun zu den Fakten:

- Die Kassen zahlen an den MDK für jedes Mitglied mit Wohnsitz im MDK-Gebiet eine pauschale Pro-Kopf-Umlage. Pflegekassen und Krankenkassen teilen sich die Finanzierung jeweils zur Hälfte. Der MDK Berlin-Brandenburg erhielt im Haushaltsjahr 2012 eine Gesamtumlage von gut 53 Millionen Euro. Er ist als eingetragener Verein mit Sitz in Potsdam organisiert. Die Rechtsaufsicht übt daher das Brandenburgische Gesundheitsministerium aus.

- Organe des MDK Berlin-Brandenburg sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer, aktuell Dr. Axel Meeßen (s. Interview S.22). Der Geschäftsführer ist für die laufenden Geschäfte und gerichtliche Auseinandersetzungen verantwortlich. Er wird vom Verwaltungsrat gewählt und entlastet. Den insgesamt 17-köpfigen Verwaltungsrat des MDK Berlin-Brandenburg führen derzeit die Chefin des Ersatzkassenverbandes vdek Gabriela Leyh als Arbeitgebervertreterin und Wolfgang Metschurat als Versichertenvertreter. Sieben der 17 regulären Mitglieder gehören dem vdek an, fünf der AOK. BKKen und IKK entsenden jeweils zwei Mitglieder, die LKK eines. Alle sechs Jahre wird der Verwaltungsrat des MDK von den Verwaltungsräten der Kranken- und Pflegekassen neu gewählt. Der MDK-Verwaltungsrat bestimmt unter anderem über Satzung, Haushaltsplan und -prüfung, aber auch über Richtlinien für die Erfüllung der Aufgaben des MDK und über Standorte von Beratungs- und Begutachtungsstellen.

- Der MDK Berlin-Brandenburg hat derzeit insgesamt elf Standorte, davon drei in Berlin. Er gliedert sich in sieben Geschäftsbereiche mit insgesamt 628 Mitarbeitern. Als Gutachter sind rund 200 Ärzte und 150 Pflegefachkräfte tätig. Zusätzlich beschäftigt der MDK Berlin-Brandenburg 16 Kodierassistentinnen, 210 Assistenzkräfte, drei Vertreter sonstiger Heilberufe und 51 Verwaltungsmitarbeiter. Darüber hinaus arbeitet er mit externen Gutachtern zusammen. Das sind zurzeit 328 Ärzte und Pflegefachkräfte.

- Die MDK der Bundesländer sind bundesweit im Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS) zusammengeschlossen. In diesem Verein sind die meisten MDK Fördermitglieder, genau wie die Bundesverbände der Krankenkassen. Das einzige entscheidungsberechtigte Vereinsmitglied des MDS ist jedoch der GKV-Spitzenverband. Er finanziert den MDS zu fast 100 Prozent. Die Fördermitglieder bezahlen einen jährlichen Beitrag von 5000 Euro an den MDS. Das Haushaltsvolumen des MDS liegt im Jahr 2013 bei 8,65 Millionen Euro.

(ami)



# »Wir werden effizienter«

## Interview mit Dr. Axel Meeßen, Geschäftsführer des MDK Berlin-Brandenburg

Dr. Axel Meeßen führt seit über drei Jahren die Geschäfte des MDK Berlin-Brandenburg. Der 50-jährige Arzt hat in den Bereichen Chirurgie und Orthopädie und Medizinische Informatik gearbeitet, bevor er über einen Krankenkassenverband und den GKV-Spitzenverband schließlich zum MDK Berlin-Brandenburg kam. Mit ihm sprach Angela Mißbeck.



**BÄ:** Der MDK Berlin-Brandenburg hat 2012 die Geschäftsbereiche neu organisiert. Was war der Grund?

**Meeßen:** Dafür gab es zwei Gründe: Zwischen dem Verwaltungsrat und mir als Geschäftsführer gibt es Zielvereinbarungen über die Menge und Qualität der Arbeit. Und jetzt kommt zunehmend das Thema Erarbeitung von Gutachten in Fristen. Früher waren alle Bereiche regionalen Leitern unterstellt, jetzt haben wir sie fachlich geordnet. So werden wir effizienter und können qualitative Prozesse besser steuern. Ziel für 2013 war es zum Beispiel 15 Prozent der Rückstände bei der Begutachtung im Krankenhausbereich auszugleichen, während gleichzeitig alle neuen Gutachten binnen 170 Tagen abgeschlossen sein sollen.

**BÄ:** Wie wird denn Qualität beim MDK gemessen?

**Meeßen:** Zur kontinuierlichen Qualitätsmessung werden Gutachten automatisch ausgewählt und anonymisiert einem Review auf Nachvollziehbarkeit und andere Kriterien unterzogen. Gutachter mit zwei auffälligen Gutachten pro Jahr werden nachgeschult. Zusätzlich überwachen wir die Widersprüche gegen Gutachten und messen die Quote der bestätigten Widersprüche. Außerdem haben wir ein Beschwerdemanagement, das zum Beispiel für Angehörige in der Pflege sowie Krankenhäuser Ansprechpartner ist.

**BÄ:** Welche Einsparvorgaben erhalten Sie von den Krankenkassen?

**Meeßen:** Keine, denn die Einhaltung könnte gar nicht überprüft werden. Jede Krankenkasse berechnet das für sich. Wir wissen aber, dass allein im Krankenhausbereich Fehltausgaben vermieden werden, die unser Budget deutlich überschreiten.

**BÄ:** Können Sie die Skepsis und Ablehnung nachvollziehen, die viele Ärzte aus Klinik und Praxis dem MDK entgegenbringen?

**Meeßen:** Ja, und das erwarte ich auch von meinen Gutachtern. Es fällt Ärzten unterschiedlich leicht, mit Kollegen ihr berufliches Verhalten zu reflektieren. Viele Ärzte sagen aber, es gehört zum System dazu, dass jemand von außen kontrolliert.

**BÄ:** Sie sind selbst Arzt. Oft beklagen Ärzte, dass der MDK in ihre Therapiefreiheit eingreift.

**Meeßen:** Hier gilt es zu unterscheiden zwischen Therapiefreiheit und Therapiebeliebigkeit. Therapiefreiheit erkennt an, dass es zur Aufgabe des Arztes gehört zu begründen, was er tut. Eine gute, nachvollziehbare medizinische Begründung überzeugt auch den MDK.

**BÄ:** Auf Ihrer Homepage sind werden viele freie Arztstellen angeboten. Hat der MDK ein Nachwuchsproblem?

**Meeßen:** Genauso wie die Krankenhäuser. Aber die Zeiten, als der MDK die Endstation auf der Karriereleiter war, sind vorbei. Immer mehr Ärzte schätzen unsere Arbeitsbedingungen.

**BÄ:** Weshalb ist der MDK aus Ihrer persönlichen Sicht wichtig?

**Meeßen:** Es braucht medizinischen Sachverstand, um Leistungsentscheidungen zu treffen. Wenn dieser Sachverstand direkt bei den Krankenkassen angesiedelt wird, wie in manchen anderen Ländern, dann ist er nicht mehr unabhängig. Da ist unser MDK deutlich überlegen.

**BÄ:** Vielen Dank für das Gespräch.

# Anwendungsfehler können tödlich sein

## Vom 4. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie

„To err is human“. So heißt ein Bericht, den das amerikanische Institute of Medicine 1999 publizierte. Er beschleunigte die weiße Halbgötterdämmerung rapide. Auch Ärzte sind Menschen und können irren. Was dezent der grüne Rasen deckte, wurde nun offen diskutiert. Der berühmt gewordene Bericht zeigte anhand von Studien der Versorgungsforschung auch, welches Ausmaß Arzneimittelschäden durch Anwendungsfehler haben. Um solche vermeidbaren, teils tödlichen Neben- und Wechselwirkungen ging es kürzlich in Berlin auf dem „4. Deutschen Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“. Hier ein paar Highlights und konkrete Beispiele.

**M**anche Arzneimittelverwechslungen enden mit dem Tod des braven Adhärenz-Patienten. Mindestens eine aber führte zu neuem Leben: Die Geschichte spielt in der Zeit, als Rezepte meist in der berühmtesten, mehr oder weniger unleserlichen Doktorhandschrift ausgeschrieben wurden. Der Apotheker entzifferte „Enzynorm“, der Arzt hatte aber „Eugynon“ verordnet; kein Verdauungsenzym, sondern ein Kontrazeptivum. Wer musste damals eigentlich die Alimente zahlen, der Arzt allein oder zusammen mit dem Apotheker?

Heute ist die unmissverständliche, weil deutlich ausgedruckte Verordnung die Regel. Sie war einer der ersten kleinen Schritte von vielen noch notwendigen zur „Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“. Der Kongress dieses Namens, diesmal in Berlin, wurde veranstaltet von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dem sie angehört (siehe Kasten S. 26) und gefördert vom Bundesgesundheitsministerium. Minister Daniel Bahr, Schirmherr

### Das Ausmaß der Folgen von Medikationsfehlern

„Eine aktuelle Untersuchung in Krankenhäusern der USA zeigt, dass jeder 3. Patient während des stationären Aufenthalts behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse erlitt, wobei Medikationsfehler die am häufigsten beobachteten Fehler waren und mehr als doppelt so häufig wie nosokomiale Infektionen auftraten, 3,6% der unerwünschten Ereignisse führten zu permanentem Schaden und 2% zum Tod... Vor diesem Hintergrund ist es zwingend und prioritär, den Arzneimitteltherapieprozess systematisch auf inadäquat kontrollierte Risiken zu analysieren und risikokontrollierte Strategien zu implementieren, um Patienten bestmöglich vor vermeidbaren Risiken zu schützen.“ (Daniel Grandt und Amin-Fand Aly, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, in ZFFQ 2012, 106, 705/6)

des Aktionsbündnisses, begnügte sich nicht mit dem üblichen Grußwort, sondern hielt gleich den ersten Vortrag.

### Minister Bahr sprach selbst über seine Aktionspläne...

Denn dem Aktionsbündnis Patientensicherheit, dessen Arbeitsgruppe „Arzneimitteltherapiesicherheit“ besonders aktiv ist, gelang es, das Ministerium frühzeitig mit ins Boot zu holen. Seit 2005 arbeite man gut zusammen, sagt Daniel Grandt (Klinikum Saarbrücken), der wie der Berliner Kammerpräsident Günther Jonitz zu den Gründern dieses Netzwerks gehört und der den Kongress leitete. Patientensicherheit, so Bahr, sei für sein Haus ein zentrales Thema, und er bedankte sich für das Engagement des Aktionsbündnisses. Mit der Lebenserwartung sei die Multimorbidität gestiegen, zudem habe der medizinische Fortschritt viele Krankheiten therapierbar gemacht, also haben die Polypharmazie und damit das Risiko unerwünschter Wirkungen auch durch Anwendungsfehler zugenommen.



Den ersten Vortrag hielt der Bundesgesundheitsminister.



*Auch vor der Presse sprach man offen über Fehler.*

Aber es gebe viele Möglichkeiten, die Patientensicherheit zu erhöhen. Der Gesundheitsminister sprach von den inzwischen schon drei „Aktionplänen“ seines Hauses zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Deutschland. Der erste dieser Pläne (2008-2009) diene der grundsätzlichen Weichenstellung und der ersten Sensibilisierung von Ärzten, Apothekern, Pflegekräften und Patienten für Medikationsfehler. Nun beginne sich eine „Fehlervermeidungskultur“ zu entwickeln: man analysiere strukturelle Fehler und fange an, über Professionen hinweg partnerschaftlich zusammenzuarbeiten. „Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens, um Fehler oder Fast-Fehler zu offenbaren und zu vermeiden“, schloss der Bundesgesundheitsminister. Die Zusammenfassung der detailreichen Pläne und vor allem die Vorstellung des neuesten „Aktionsplans 2013 bis 2015 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland“ überließ er seinem Mitarbeiter Erhard Schmidt.

### **... für mehr Arzneimitteltherapiesicherheit**

Ziel ist Arzneimittelsicherheit für alle, besonderes Augenmerk brauchen aber vulnerable Gruppen wie multimorbide Alte,

Schwangere, Stillende und Ungeborene, Kinder und Jugendliche. Wie bedeutsam das Problem ist, zeigt eine Schätzzahl der WHO. Danach gehen bis zu zehn Prozent der Krankenhausaufnahmen auf „unerwünschte Arzneimittelereignisse“ zurück, von denen viele vermeidbar sind. Die Vielfalt der Akteure in dem komplexen, fehleranfälligen System der Medikation erfordere einen interdisziplinären Ansatz zur Verbesserung der Lage, sagte Schmidt. Er konnte auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit von Ärzten, Apothekern, Pflegenden, Patientenverbänden und anderen Beteiligten hinweisen. Als gemeinsame Plattform erwähnte er die Koordinierungsgruppe zur Ausführung der Aktionspläne, die bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft angesiedelt ist. Bevor der neue (schon der dritte) Aktionsplan ausgearbeitet wurde, lud das Ministerium alle Beteiligten zu einer Anhörung und ihre Vorschläge gingen in den Plan ein.

In diesen Aktionsplänen sind vielerlei Maßnahmen zur Verbesserung des Medikationsprozesses aufgeführt, jede mit Nennung des Termins und der Verantwortlichen. Ein Beispiel aus dem brandneuen dritten Plan (der BERLINER ÄRZTE vorliegt): Unter Punkt 2/2, „Handlungs-

empfehlungen für relevante Arzneimittel und Arzneimittelgruppen mit hohen Anwendungsrisiken“, wird zunächst so eine Empfehlung zu Methotrexat (cave Überdosierung!) erwähnt, die gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bereits entwickelt wurde – als erste einer Reihe von Informationsschriften zu Hochrisikomedikamenten. Unter den hierzu geplanten Maßnahmen ist zunächst, noch 2013, die Erarbeitung einer Liste solcher Arzneimittel vorgesehen. Verantwortlich hierfür sind neben der Arzneimittelkommission und dem Aktionsbündnis die Apothekerorgane ABDA und ADKA, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und Bundesoberbehörden.

Für 2013 ist ein Workshop geplant, bei dem es um den Umgang mit solchen Empfehlungen gehen soll. Erarbeitet werden sollen sie zuerst für den Einsatz von Arzneimitteln bei Kindern, ferner für Vinca-Alkaloide, für Opioide und andere Analgetika, für Kaliumlösungen, für Benzodiazepine und „Z-Substanzen“. Letzte Maßnahme unter Punkt 2 schließlich: „Unterstützung des bestimmungsgemäßen Gebrauchs von QT-verlängernden Arzneimitteln“. Verantwortlich sind die Innungskrankenkasse Südwest und die KV Saarland.

## Wie Sie Ihre Patienten vor dem Sekundenherztod schützen

Damit haben wir ein sehr eindrucksvolles Beispiele für zweierlei:

1. für die Gefährdung der Patientensicherheit durch unbedachte Interaktionen mehrerer ganz verschiedener Präparate,
2. für die zahlreichen Projekte der Versorgungsforschung zur Sicherheit der Arzneimitteltherapie, die auf dieser Tagung vorgestellt wurden. Also QT-Intervall-verlängernde Medikamente: Um die ging's gleich im ersten Vortrag der Session I dieses außergewöhnlichen Kongresses, „Strategien zur Verringerung des Risikos für Sekundenherztod“ – Ziel eines Modellvorhabens der IKK Südwest und der KV Saarland, wie deren Vorsitzender Gunter Hauptmann berichtete. Es galt herauszufinden, wer gleich mehrere QT-Intervall-verlängernde, also lebensbedrohende Herzrhythmusstörungen verursachende Medikamente verordnet bekam. Dazu gehören zum Beispiel das Antibiotikum Erythromycin samt Abkömmlingen, einige Antihistaminika, diverse Antidepressiva, Narkosemittel und Stimulanzien wie Methylphenidat (Ritalin). Zudem gibt es ein angeborenes „Long-QT-Syndrom“.

Vor allem nach dem sehr oft verordneten Antidepressivum Citalopram wurde in dem Projekt gefragt. Ein aufwendiges Unterfangen: Zuerst mussten Ärzte, Apotheker und Versicherte zur Mitarbeit motiviert werden. Dann wurde ermittelt, dass 792 Patienten Citalopram verordnet bekamen, hundert davon doppelt durch verschiedene Ärzte, oder zusammen mit anderen QT-verlängernden Mitteln. Danach fragte die Kasse diese Mitglieder, ob sie deren Ärzte darüber informieren dürfe. 72 stimmten zu, nicht ohne Zögern. Die Ärzte (die diese Aktion sehr gut aufgenommen hatten) wurden informiert und erhielten einen Rückmeldebogen. Bei allen Ärzten der Region wurde das Projekt intensiv bekannt gemacht. Auch legte man eine Datenbank der Wirkstoffe an, die das QT-Intervall verlängern.

### Rote-Hand-Briefe nutzlos?

Dieses Pilotprojekt soll zeigen, ob solch ein Vorgehen auch für andere in der Kombination riskante Arzneimittel machbar ist. „Dann werden die Patienten vor Gefahren geschützt, die für den einzelnen Arzt nicht erkennbar sind“, sagte Hauptmann. Aber lohnt sich solch ein Riesenaufwand? Würden nicht allgemeine Warnungen genügen, zum Beispiel Rote Hand-Briefe?

Zwei solcher Briefe warnten im 4. Quartal 2011 vor der Verordnung der Antidepressiva Citalopram oder Escitalopram zusammen mit anderen QT-verlängernden Arzneimitteln wegen des Risikos lebensbedrohender Rhythmusstörungen. Die Kontraindikation einer Kombination Cipralext oder Ciplamil mit anderen QT-verlängernden Medikamenten wurde noch im Dezember 2011 auch in die Fachinformationen aufgenommen.

Diese Rote-Hand-Briefe wählte das Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie der Universität Erlangen-Nürnberg exemplarisch für eine Studie zu der Frage aus, inwieweit solche Warnbriefe an die Ärzte zur Minderung von Arzneimittelrisiken für die Patienten beitragen. Eines der vielen interessanten Poster dieser Tagung beschrieb Vorgehen und Ergebnisse: Das Institut arbeitete mit der „Geriatric-Bayern-Datenbank“ zusammen, einem Netzwerk von über 50 geriatrischen Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu erfassen und zu verbessern. Untersucht wurde die Entlassungsmedikation von insgesamt fast 70.000 Patienten während der zwölf Monate vor und nach Erscheinen der Rote-Hand-Briefe. Das Resultat war ernüchternd. Zusammen mit anderen QT-Intervall-



## Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ ist ein Berliner

Es wurde hier schon gezeugt: Der Berliner Gesundheitspreis der Ärztekammer Berlin und der AOK wurde 2002 zum Thema „Patientensicherheit“ verliehen – ein Begriff, der damals noch ein Reizwort war. Nach dreijähriger Schwangerschaft wurde das Aktionsbündnis 2005 geboren. Zeitgleich gab es einen einstimmigen Beschluss des Deutschen Ärztetages in Berlin zum Thema Patientensicherheit. Pate stand auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. „Die verfasste Ärzteschaft ist Initiator, Gründungsmitglied und Förderer dieses Netzwerkes“, sagte dessen früher Promotor und Vorsitzender Günther Jonitz, Berlins Kammerpräsident, im Rahmen des Kongresses. Kein anderes Ärzteparlament habe sich mit diesem wichtigen Thema befasst, aber die deutschen Bemühungen um Patientensicherheit fanden in vielen Ländern Nachahmer, und die Europäische Kommission hat 2009 Empfehlungen dazu herausgegeben.

Die Entwicklung des Kindes (auch *seines* Kindes) „Patientensicherheit“ nannte Jonitz eine „Erfolgsstory“: Es wurde „aus der Schmutzdecke herausgeholt“ und kam zu internationalem Renommee. In der Tat: Es ist zwar noch viel zu tun, vor allem für die Arzneimitteltherapiesicherheit, aber es wurde in kurzer Zeit schon eine Menge erreicht. Ein paar Beispiele: Diverse Handlungsempfehlungen, die verhindern helfen, dass bei Operationen Patienten, Eingriffsseiten oder Eingriffe verwechselt werden oder Fremdkörper im Patientenbauch zurückbleiben; Muster-Medikationspläne; Beteiligung an der Aktion „Saubere Hände“ zur Reduktion von Keimen und an der Etablierung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS); die Broschüre „Aus Fehlern lernen“, in der Bündnis-Mitglieder selbst begangene Fehler offenlegen; Gründung des Forschungs-„Instituts für Patientensicherheit“. Dort ist auch die Geschäftsstelle:

*Aktionsbündnis Patientensicherheit  
c/o Institut für Patientensicherheit  
Universität Bonn, Stiftsplatz 12. 53111 Bonn  
Telefon 0228/738305, [www.aktionsbündnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbündnis-patientensicherheit.de)*

verlängernden Medikamenten wurde Citalopram vorher 19,3 Prozent (von 2.710) Citalopram-Patienten verordnet, nachher 18,4 Prozent. (Co-Medikation mit Escitalopram: Vorher 17,2, nachher 17,1%.) Der Rote-Hand-Brief an die Ärzte nützte also den Patienten so gut wie gar nichts. Die saarländische Aktion dagegen wirkt sehr wohl und strahlt sogar in die Region aus.

## Wie viele Patienten sterben an der Therapie statt an der Krankheit?

Daraus lässt sich 1. schließen, dass Ärzte, überlastet und ständig mit Papier überhäuft wie sie sind, für schriftliche Informationen genauso wenig empfänglich sind wie Patienten. Und 2.: Begleitende Versorgungsforschung ist wichtig, um

festzustellen, welche Interventionen zur Verbesserung des Arzneitherapieprozesses beitragen können und welche nicht. Für die Priscus-Liste jener Medikamente, die alten Patienten nur mit Einschränkungen oder gar nicht verordnet werden sollen, gebe es eine solche Studie noch nicht, sagte Priscus-Hauptautorin Petra Thürmann zu BERLINER ÄRZTE. Aber es gibt eine Untersuchung der Medikation für Mitglieder der „Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See“ bei deren Klinikaufnahme. Über sie berichtete auf dem Kongress deren Direktor Georg Greve:

„Unsere Pflegebedürftigen nehmen mehr als elf Wirkstoffe ein. Jeder Zehnte geht im Jahr zu mehr als zehn Ärzten, der Durchschnitt sind sieben bis acht.“ Oft hat der eine keine Ahnung von den anderen und ihren Verordnungen. Vielfach werden

altersinadäquate Wirkstoffe verschrieben. Die Priscus-Liste wird nicht berücksichtigt. Greve wörtlich: „In vielen Fällen sterben die Patienten nicht an ihrer Krankheit, sondern an der Therapie.“

## Patientenbroschüren in den Mülleimer?

Zu den folgenreichen Verordnungsfehlern der Ärzte kommen die nicht minder schwerwiegenden Einnahmefehler der Patienten. Dagegen soll bekanntlich Aufklärung helfen. Meist werden sie mit interessenkontaminierten Pharma-Flyern eingedeckt, die noch in vielen Wartezimmern herumliegen, von Zeitschriften voller Werbung und Schleichwerbung sowie den mehr oder weniger fragwürdigen Internet-Texten ganz abgesehen. Ein sehr gutes Informationsblatt für Patienten zum sicheren Umgang mit Arzneimitteln ist beim Bundesgesundheitsministerium erhältlich: „Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie“ ([www.ap.amt.de](http://www.ap.amt.de)). Nach dem Ergebnis einer auf dieser Tagung vorgelegten Studie mit 22 Hausärzten darf bezweifelt werden, dass es etwas nützt: Einer allgemeinmedizinischen Arbeitsgruppe an der Universität Greifswald ging es um die Verbesserung der Kompetenz koagulierter Patienten. Verglichen wurden Kenntnisstand und Sicherheit sechs Monate nach der üblichen Aufklärung samt Broschüre allein mit der zusätzlichen videogestützten persönlichen Schulung von 15 Minuten durch eine medizinische Fachangestellte. Diese Maßnahme erwies sich als haushoch überlegen. Dazu Jean François Chenot, der die Studie vortrug: „Ob Sie den Patienten eine Broschüre in die Hand drücken oder sie gleich in den Mülleimer werfen, bleibt sich gleich.“

Wirklich? Sollte man nicht besser die mündliche wie die schriftliche Aufklärung intensivieren?

Verfasserin:  
Rosemarie Stein

# Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

## Bestandene Facharztprüfungen Mai bis Juni 2013 \*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Bianka Andermann	FA Innere Medizin und Rheumatologie	05.06.13
Yüksel Atas	FA Viszeralchirurgie	15.05.13
Sabriye Ayyildiz	FA Allgemeinmedizin	28.05.13
Dr. med. Frank Bachmann	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	08.05.13
Timo Baldini	FA Anästhesiologie	08.05.13
Dr. med. Agota Barabassy	FA Psychiatrie und Psychotherapie	21.05.13
Helene Barthen	FA Anästhesiologie	17.06.13
Lena Bauer	FA Anästhesiologie	03.06.13
Dr. med. Jens Berger	FA Diagnostische Radiologie	12.06.13
Dr. med. Elisa Blumenthal-Barby	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	08.05.13
Dr. med. Maike Christina Bödecker	FA Innere Medizin	26.06.13
Dr. med. Rike Born	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	29.05.13
Annette Brauer	FA Anästhesiologie	08.05.13
Dr. med. Michael Bress	FA Radiologie	29.05.13
John Alexander Buckendahl	FA Urologie	08.05.13
Dr. med. Katharina Judith Chalk	FA Anästhesiologie	15.05.13
Dr. med. Henning Dannmeier	FA Allgemeinmedizin	11.06.13
Dr. med. Patrick Darb-Esfahani	FA Innere Medizin und Kardiologie	05.06.13
Dr. med. Philipp de Bary	FA Neurologie	23.05.13
Dr. med. univ. Oana-Raluca Despa	FA Gefäßchirurgie	25.06.13
Dr. med. Roland Distl	FA Nervenheilkunde	21.05.13
Dr. med. Johannes Futh	FA Radiologie	29.05.13
dr. med. Julia von Pufendorf	FA Innere Medizin und Geriatrie	15.05.13
Dr. med. Heinz Thiele	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.06.13
Helena Karin Dröge	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.05.13
Fabrizio Esposito	FA Innere Medizin und Kardiologie	05.06.13
Najwa Fahmi	FA Allgemeinmedizin	07.05.13
Meike Fahrenholz	FA Anästhesiologie	03.06.13
Dr. med. Bodo Felsmann	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	29.05.13
Dr. med. Florian Freese	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	15.05.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Wilhelm Frenck	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.06.13
Dr. med. Frank Friedersdorff	FA Urologie	08.05.13
Dr. med. Male Friedrich-Freksa	FA Urologie	08.05.13
Dr. med. Florian Funk	FA Innere Medizin	22.05.13
Thomas Gerhard	FA Allgemeine Chirurgie	18.06.13
Alexandra Gertz	FA Radiologie	22.05.13
Dr. med. Markus Griesbach	FA Anästhesiologie	06.05.13
Dr. med. Christine Haebler	FA Anästhesiologie	13.05.13
Dr. med. Karin Haus	FA Neurologie	18.06.13
Tania Sabine Hayn	FA Orthopädie	04.06.13
Dr. med. Camilla Hefter	FA Chirurgie	15.05.13
Eva Maria Helmig	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	04.06.13
Dr. med. Steffen Martin Herz	FA Anästhesiologie	06.05.13
Dr. med. Andreas Hildebrandt	FA Allgemeinmedizin	07.05.13
Dr. med. Oliver Hintz	FA Innere Medizin	12.06.13
Dr. med. Arnd Thomas Hoburg	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.06.13
Marina Hohenböken	FA Transfusionsmedizin	19.06.13
Sebastian Hollmach	FA Innere Medizin	15.05.13
Michael Hondros	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	05.06.13
Henning Hosch	FA Neurochirurgie	11.06.13
Pawel Jacek Hunek	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.05.13
Dr. med. Heike Israel-Willner	FA Neurologie	14.05.13
Dr. med. Christoph Jakubek	FA Innere Medizin	05.06.13
Mustafa Kaciran	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	05.06.13
Dr. med. Karl Philipp Puchner	FA Innere Medizin	29.05.13
Michael Kawgan-Kagan	FA Strahlentherapie	07.05.13
Dr. med. Olga Keilbach	FA Arbeitsmedizin	14.05.13
Adrian Klein	FA Anästhesiologie	15.05.13
Dr. med. Stefan Kliesch	FA Radiologie	22.05.13
Dr. med. Dorit Knuschke	FA Innere Medizin	22.05.13

# P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Tilman Koch	FA Anästhesiologie	27.05.13
Christine Kothe	FA Allgemeinmedizin	28.05.13
Dr. med. Maria Kouris	FA Augenheilkunde	19.06.13
Dr. med. Incken Kramme	FA Pathologie	29.05.13
Dr. med. Joscha Kühne	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26.06.13
Andrea Kühnl	FA Innere Medizin	29.05.13
Dr. med. Inga Laumeier	FA Neurologie	14.05.13
Dr. med. Annekathrin Lauschke	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.06.13
Anne Sophie Leckband	FA Anästhesiologie	08.05.13
Prof. Dr. med. Seija Lehnardt	FA Neurologie	15.05.13
Dr. med. Katrin Ludwig	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	07.05.13
Jack Poul Luengas Burgos	FA Anästhesiologie	15.05.13
Dr. med. Christian Lux	FA Anästhesiologie	27.05.13
Thomas Machemehl	FA Chirurgie	15.05.13
Heike Maier	FA Chirurgie	18.06.13
Dr. med. Jantina Kristin Mandelkow	FA Chirurgie	07.05.13
Dr. med. Marwan Manna´a	FA Innere Medizin	15.05.13
Dr. med. Heike Mark	FA Allgemeinmedizin	21.05.13
Baharak Mashayekhi	FA Innere Medizin	12.06.13
Dr. med. Anne-Katrin Mathas	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19.06.13
Dr. med. Torsten Florian Matz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	25.06.13
Prof. Dr. med. Jürgen Mäurer	FA Nuklearmedizin	13.06.13
Dionysios Mavrodīs	FA Anästhesiologie	15.05.13
Dr. med. Mario Menk	FA Anästhesiologie	06.05.13
Dr. med. Eva Milz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	20.06.13
Nathalie Mini	FA Kinder- und Jugendmedizin	22.05.13
Dr. med. Nadine Möbius	FA Anästhesiologie	03.06.13
Nasr Nasher Ghaleb Mohsen	FA Gefäßchirurgie	25.06.13
Dr. med. Monika Mühlbacher	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.05.13
Dr. med. Gunnar Müller	FA Innere Medizin	26.06.13
Dr. med. Lothar Müller	FA Kinder- und Jugendmedizin	22.05.13
Priv.-Doz. Dr. med. Heiko Neuß	FA Viszeralchirurgie	18.06.13
Dr. med. Silvia Nork	FA Chirurgie	25.06.13
Philipp Nothnagel	FA Anästhesiologie	13.05.13
Dr. med. Kirsten Otto	FA Innere Medizin	12.06.13
Peter Pilner	FA Nervenheilkunde	28.05.13
Dr. med. Silke Polata	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	22.05.13
Dr. med. Julia Pross	FA Innere Medizin	29.05.13
Christiane Rehfeld	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.06.13
Corinna Rehse	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	08.05.13
Dr. med. Katrin Reinbacher	FA Anästhesiologie	03.06.13
Dr. med. Isabell Richter	FA Chirurgie	07.05.13
Angela Riedel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	18.06.13
Björn Röhm	FA Chirurgie	18.06.13
Jennifer Rommel	FA Anästhesiologie	17.06.13
Dr. med. univ. Thomas Rümmele	FA Allgemeinmedizin	11.06.13
Dr. med. Dirk Rumpff	FA Anästhesiologie	06.05.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Hannah Rüter	FA Innere Medizin	05.06.13
Dr. med. Andreas Schaumann	FA Neurochirurgie	23.05.13
Dr. med. Uwe Schlichting	FA Pathologie	29.05.13
Dr. med. univ. Hanns Jörg Schluckebier	FA Allgemeinmedizin	21.05.13
Dr. med. Gunther Schmidt	FA Innere Medizin	12.06.13
Dr. med. Christopher Schneeweis	FA Innere Medizin	15.05.13
Martin Schneider	FA Neurologie	18.06.13
Martin Schneider	FA Nervenheilkunde	20.06.13
Dr. med. Nadja Schneider	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26.06.13
Dr. med. Antje Schulz-Malinowski	FA Allgemeine Chirurgie	07.05.13
Dr. med. Nicole Seidel	FA Allgemeinmedizin	11.06.13
Tetyana Smetanyuk	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.06.13
Kai Sostmann	FA Kinder- und Jugendmedizin	22.05.13
Dr. med. Kay Spickschen	FA Nervenheilkunde	25.06.13
Dr. med. Barbara Julia Stange	FA Gefäßchirurgie	25.06.13
Dr. med. univ. Ursula Steindl	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	26.06.13
Dr. med. Rüdiger Stock	FA Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	19.06.13
Dipl.-Phys. Karsten Stollberg-Hübsch	FA Radiologie	12.06.13
Dr. med. Daniela Tominski	FA Innere Medizin	05.06.13
Misel Torontali	FA Anästhesiologie	13.05.13
Dr. med. Nadine Treckmann	FA Innere Medizin	26.06.13
Dr. med. Alexander Lavinus Ungur	FA Anästhesiologie	08.05.13
Marcus Vogel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	07.05.13
Barbara Vogt	FA Neurochirurgie	11.06.13
Dr. med. Heike Völker	FA Innere Medizin	29.05.13
Dr. med. Christian Voß	FA Psychiatrie und Psychotherapie	20.06.13
Dr. rer. nat. Giang Lam Vuong	FA Innere Medizin	15.05.13
Karola Wagner	FA Innere Medizin	05.06.13
Dr. med. Dr. med. dent. Richard Waluga	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	12.06.13
Stephanie Warkus	FA Urologie	08.05.13
Dr. med. Hilke Barbara Warnecke	FA Arbeitsmedizin	12.06.13
Dr. med. Bianca Wasielewski	FA Neurochirurgie	11.06.13
Barbara Weckerle	FA Nervenheilkunde	07.05.13
Dipl.-Biol. Dr. med. Kai Wermann	FA Innere Medizin	26.06.13
Dr. med. Yrsa Christine Werzinger	FA Psychiatrie und Psychotherapie	07.05.13
Volker Wetzels	FA Chirurgie	25.06.13
Dr. med. Nils Witte	FA Radiologie	29.05.13
Martin Wonerow	FA Orthopädie	04.06.13
Dr. med. Robert Zacharias	FA Anästhesiologie	17.06.13
Jan Fritz Zoller	FA Innere Medizin	22.05.13
Dr. med. Frank Zollmann	FA Pharmakologie und Toxikologie	19.06.13
Dr. med. Frank Zollmann	FA Klinische Pharmakologie	06.06.13

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

# „Burnout“ in den Gesundheitsberufen – über Z-Kodes und Weisheit

## Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin fand reges Interesse

„Burnout“ in den Gesundheitsberufen – Erkennen, vorbeugen, helfen – so lautete der Titel einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin am 12.06.2013 im Hörsaal der Kaiserin-Friedrich-Stiftung. Nachdem sich eine gemeinsame Veranstaltung beider Kammern bereits im Vorjahr mit dem Grundverständnis des Phänomens „Burnout“ befasst hatte, ging es aktuell darum, die kritisch-konstruktive Auseinandersetzung mit dem Thema fortzuführen. Dass mit dieser Themensetzung offenbar ein richtiger „Nerv“ getroffen wurde, zeigte die rege Beteiligung: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin und Moderator der Veranstaltung, begrüßte im vollbesetzten Hörsaal etwa 190 Ärzte, Apotheker und Psychologen.

Zum Vortrag mit anschließender Diskussion hatten die Ärztekammer Berlin und die Apothekerkammer Berlin den Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychologen Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Linden eingeladen, der die ärztliche Leitung des Rehasentrums Seehof der Deutschen Rentenversicherung in Teltow / Berlin innehat und darüber hinaus die Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité – Universitätsmedizin Berlin leitet. „Burnout kennt inzwischen jeder.“ Mit diesen Worten eröffnete er seinen Vortrag und erinnerte an die vielen Reportagen, Meldungen und Selbsterfahrungsberichte, die in jüngerer Zeit zur großen Popularität des Themas beigetragen haben. Linden berichtete von einer weiteren Beobachtung: Während die Online-Eingabe des Suchbegriffs „Burnout“ bei der allgemeinen Suchmaschine Google mehr als 48.000.000 Treffer ergibt, fördert eine medizinisch orientierte Recherche via „Medline“ vergleichsweise spärliche Resultate zutage. Außerdem referierte der Experte publizierete Angaben zur Verbreitung von „Burnout“ unter Ärztinnen und Ärzten: Folgt man entsprechenden Studienergebnissen, so sind 5-10 % der niedergelassenen Ärzte

betroffen; unter Neurologen sind dies 10-50 %, unter den Anästhesisten 30-40%, und auch bei 20 % der Medizinstudenten wird von einem „Burnout“ gesprochen. Doch Linden hielt inne: „Tritt man noch näher an die vielen Daten, wundert man sich immer mehr.“ So berichtete er über die verbreitete „Erkenntnis“, dass Wissenschaftler und Führungskräfte besonders häufig von „Burnout“ betroffen seien, gab jedoch zu bedenken, dass es die landläufige Überzeugung „Stress macht krank“ ist, die allzu leicht zu einer derartigen Schlussfolgerung verleitet. Das *Kovarianzproblem* beleuchtet vielmehr, dass meist wenige

Übereinstimmungen zwischen Stressreaktionen gefunden werden. Der Körper und das Zentrale Nervensystem stehen unter wechselseitiger Beeinflussung, woraus sich Probleme bei der Analyse von Zusammenhängen zwischen subjektivem Stressempfinden und körperlichen Reaktionen ergeben. So ist es durchaus möglich, dass körperliche Stressreaktionen auftreten, ohne dass subjektiv eine Stressbelastung wahrgenommen wird; oder aber der Körper zeigt selbst im Falle massiver subjektiver Belastung keine Reaktion. Psychosomatische Reaktionen sind letztlich so komplex und heterogen, dass jeder Mensch eine eigene Konstellation psychischer, organischer und genetischer Krankheitsdeterminanten aufweist, die beachtet werden müssen, um individuelle Stressreaktionen zu verstehen. Kurzum: „Es gibt keine uniforme Stressreaktion.“

### Externalisierende Kausalattribution: Menschen haben ein Bedürfnis nach Erklärung

Linden griff ein weiteres populäres Deutungsmuster im Umgang mit Erkrankungen oder Befindlichkeitsstörungen auf und zeigte dies am Beispiel der Bedeutung, die einer Brustkrebs-Erkrankung seitens betroffener Patientinnen zugesprochen wird. Entsprechende Erhebungen erfassten als verbreitete Erklärungsansätze für das Erkranken etwa den Einfluss von partnerschaftlichen Belastungen oder von Umweltverschmutzung, Stress und Geheitztheit des alltäglichen Lebens. Wenn

---

 ANZEIGE



auch medizinisch wenig wegweisend, so kommt derartigen Erklärungsansätzen eine hohe subjektive Bedeutung zu, denn „wenn wir etwas erklärt haben, geht es uns besser!“ Die Erklärung von Geschehnissen unter Einbeziehung von anderen Personen, Umwelteinflüssen und Faktoren kennzeichnete Linden mit dem Begriff der *externalisierenden Kausalattribution*. Entscheide sich ein Spitzenpolitiker, im Gefolge einer Erkrankung die Anzahl seiner Ämter und Aufgaben zu reduzieren, so finde auch hier die externalisierende Kausalattribution leicht Raum: kurzschlussartig lasse sich das abgegebene Amt, die abgegebene Aufgabe als Risikofaktor für ein „Burnout“ interpretieren. „Wir neigen dazu, mit dem Finger auf den Beruf zu weisen.“ Dies ist äußerst problematisch, da das so wichtige differenzialdiagnostische Vorgehen vernachlässigt wird – „doch mit Burnout kommt man dank externalisierender Kausalattribution besser über die Runden.“

### Maslach Burnout Inventory (MBI) und Z-Kodes

Linden skizzierte die Bedeutung des Maslach Burnout Inventory (MBI), der von der Organisationspsychologin Christina Maslach entwickelt wurde und drei Dimensionen des „Burnout“ unterscheidet: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Leistungsfähigkeit. Obwohl das offizielle MBI-Manual ausdrücklich ausweist, dass der MBI weder Diagnosetool noch ein Indikator für Interventionen ist und auch keine Grenzwerte für das Vorliegen eines „Burnout“ enthält, werden – auch im Rahmen von Studien – vielfach Cutoff-Werte genutzt, die ein schweres, ein mittleres und ein geringes „Burnout“ voneinander abgrenzen. Anhand nur weniger Items demonstrierte Linden die diagnostische Unschärfe, in deren Folge der Test einer erwachsenen, engagiert berufstätigen Person rasch ein zumindest geringes „Burnout“ zu attestieren vermag.

„Burnout“ hat aktuell weder nach den international gültigen Kriterien der WHO (ICD-10) noch nach den Kriterien der American Psychiatric Association (DSM-IV)

den Stellenwert einer Diagnose. Allerdings finden sich die sogenannten *Z-Kodes* ebenfalls in der ICD-10 – sie umfassen Vorsorge- und Impfleistungen, aber auch Probleme am Arbeitsplatz, in der Familie oder in der Lebensführung und auch unspezifische Beschwerden ohne Krankheitswertigkeit. Die Z-Kodes erweisen nach Linden ihre Sinnhaftigkeit unter anderem im Umgang mit dem „Burnout“, bieten sie doch die Möglichkeit, auf dem Kontinuum zwischen „Krankheit“ und gesunden Leidenszuständen eine für Patienten bedeutsame klinische Situation zu beschreiben, ohne gleich eine medizinische Überversorgung zu induzieren und die Betroffenen durch eine Pathologisierung zu schädigen.

### Besonderheiten der Gesundheitsberufe

Linden ging auf aktuelle Veröffentlichungen ein, wonach es Ärzte und weitere Angehörige der Gesundheitsberufe in ihrer Berufsausübung heute schwerer haben als frühere Generationen, etwa weil sie mit Bürokratisierung, Kommerzialisierung, Abrechnungsfragen und personellen Engpässen konfrontiert sind. Dem lassen sich jedoch unter anderem ein hohes Sozialprestige, ein großes Stellenangebot, Beschäftigungssicherheit und eine geregelte Bezahlung gegenüberstellen. Hier griff der Referent das verbreitete Interesse an einem höheren Grad an *Selbstbestimmtheit* auf. Selbstbestimmtheit gehe mit Selbstbelohnung einher; eben diese Selbstbelohnung berge aber durchaus eine Suchtgefahr, verbunden mit dem Gefühl des „Ich bin noch nicht fertig“ beziehungsweise „Ich bin *nie* fertig“. Ausgehend von der Selbstbelohnung und einem ersten Enthusiasmus sei dringend zu bedenken, dass eben dies den Übergang in eine Arbeitssucht, sogar in einen Arbeitszwang zu bahnen vermag.

### Eustress formt und stärkt den Organismus

Unumwunden begegnete Linden einem etwaigen Missverständnis: Gehe jemand seinem Beruf mit Einsatz und Engagement

nach, so sei es sicher realitätsfern anzunehmen, dass man am Ende eines Arbeitstages zu weiteren Aktivitäten „durchstarten“ könne. Dabei ermutigte er das Publikum, denn „Eustress formt und stärkt den Organismus“ und warnte vor den „wohlfeilen Ratschlägen des Stressmanagements: Wenn Sie den Ratschlag bekommen, sich zu entspannen und wenn Sie sich bei der Befolgung des Ratschlags anstrengen – was geschieht dann? Sie haben weiteren Stress!“

Abrundend warb Linden dafür, sich auf die Tugend der Weisheit zu besinnen: Weisheit, begriffen als die Fähigkeit, unlösbare Probleme zu lösen. Als Kompetenzen dieses Weisheitsverständnisses benannte er Fakten- und Problemlösewissen, Kontextualismus, Wertrelativismus, Ungewissheitstoleranz, Perspektivwechsel, Emotionswahrnehmung, Nachhaltigkeit und emotionale Ausgeglichenheit.

Intensiver Applaus des Auditoriums leitete zu einer ausführlichen Diskussion über. Die zustimmenden, nachfragenden und kritischen Beiträge reflektierten, inwieweit der Abend neue Sichtweisen eröffnet hatte. Angesichts fortbestehender hoher Anforderungen in den Gesundheitsberufen dürfte eine von den Heilberufekammern unterstützte (selbst)kritische Auseinandersetzung mit deren individueller Bewältigung zukunftsweisende Bedeutung haben.

Verfasser:

Dr. med. Sabine Möddel  
Abteilung Fortbildung /  
Qualitätssicherung  
Ärztchamber Berlin

Dr. med. Matthias Brockstedt  
Vorsitzender des Fortbildungsausschusses  
und der Arzt-Apotheker-Kooperation der  
Ärztchamber Berlin

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](http://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](http://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
■ 29.08.2013 25.11.2013	<b>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
■ 02.09.-11.09.2013 (Kursteil A1) 11.09.-20.09.2013 (Kursteil A2)	<b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>	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 € Kurstteile A1, A2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 06.09.-07.09.2013	<b>Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen</b> <b>Breaking Bad News – Basiskurs</b> (weitere Informationen s. S. 32)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1209 E-Mail.: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
■ 19.09. / 31.10. / 07.11.2013	<b>Weiterbildungskurs Pädiatrie</b> zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 14)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1203; E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 P
■ 18.10.-19.10.2013	<b>Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher /-beauftragter gemäß Curriculum der BÄK</b> (16-Stunden Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030/80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P / Tag
■ 26.10.2013	<b>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>	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
■ 04.11.-13.11.2013 (Kursteil B1) 13.11.-22.11.2013 (Kursteil B2)	<b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 990 € Kurstteile B1, BA2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 28.11.2013 29.11.2013	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz – bei interventioneller Radiologie – bei CT</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de TN-gebühr: jeweils 155 €	jeweils 9 P
■ 09.12.-11.12.2013	<b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>	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
■ 11.12.-13.12.2013	<b>Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik</b>	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-12-15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 08.05.-10.05.2014 (Modul 1) 26.06.-28.06.2014 (Modul 2) 11.09.-13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4)	<b>Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm</b>	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: 40806-1405 / -1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung2014@aekb.de	80 P

## Impfungen in der Praxis

Praxisrelevantes Tagesseminar zu den aktuellen STIKO-Empfehlungen und den allgemeinen Grundlagen von Aufklärung bis Impfvorsager, Nutzen-Risikoabwägung in der Schwangerschaft, Reiseimpfungen und praxisrelevante Fragen.

**Termin:** Sonnabend, 30. November 2013, 9.00 - 17.30 Uhr  
**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)  
**Kursgebühr:** 100 Euro (inkl. Verpflegung), 8 Fortbildungspunkte  
**Veranstaltungsort:** Kaiserin Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin  
**Anmeldung:** Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215 / Fax: 40806 55-1399 / E-Mail: fb-aag@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

## Patentsicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

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

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln.

Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

**Das Intensivseminar richtet sich an Angehörige aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen und ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet.**

**Termin:** Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:  
**Online-Modul:** zwischen 15.08.-19.09.2013  
**Präsenzseminare:** 20.-21.09.2013 und 25.-26.10.2013 (jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)  
**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin  
**Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.**  
**Anmeldung erforderlich:** Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1206, Dörte Bünning  
 E-Mail: d.buenning@aekb.de  
**Teilnehmergebühr:** 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

## Zusatztermin: Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen

### Breaking Bad News – Basiskurs

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.

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 06.09.2013 – Samstag 07.09.2013  
**Ort:** Ärztekammer Berlin  
**Anmeldung:** Tel.: 40806-1209, E-Mail: s.zippel@aekb.de  
 Max. 15 Personen, 290 Euro, 17 Fortbildungspunkte.

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

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

Der *Berliner Notdienst Kinderschutz* dürfte 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. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schlüsseleinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt gemacht. 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, 14. August 2013; 15:00 - 16:30 Uhr  
**Ort:** Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

**Anmeldung / Kontakt:** Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

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

# CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

## Da geht einem ja die Luft aus!

### Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin ([www.cirs-berlin.de](http://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. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

**Fall 1** wird von einer/m Pflegenden berichtet:

Von der Normalstation wurde ein älterer Patient als Notfall (exazerbierte COPD/Pneumonie, jetzt respiratorische Verschlechterung) auf die ITS verlegt. Vor der Verlegung wurde festgestellt, dass die Flasche der transportablen Sauerstoff-(O<sub>2</sub>-)Versorgung leer war. Kein sofortiger Flaschenaustausch. Der diensthabende Arzt entschied daraufhin, den Patienten sofort und ohne O<sub>2</sub>-Versorgung auf die ITS zu transportieren. Bei Ankunft dort war die periphere O<sub>2</sub>-Sättigung deutlich erniedrigt, stabilisierte sich aber später wieder. Die transportablen O<sub>2</sub>-Versorgung war einige Stunden zuvor benutzt und der Füllstand der O<sub>2</sub>-Flasche nicht überprüft worden. Grund dafür: hohe Arbeitsbelastung durch viele Aufnahmen.

**Fall 2** wird von einer Ärztin, einem Arzt berichtet:

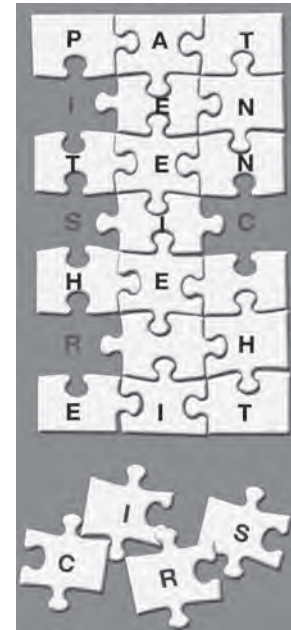
Patientin mit 80% Sauerstoff kontrolliert, PEEP 10 mmHg, beatmet. Transport in die Radiologie. Sauerstoffflasche des mobilen Beatmungsgerätes mit 80 l Restmenge. In der Radiologie bei der Umlagerung war der Transport-O<sub>2</sub> bereits verbraucht. Kein Wandanschluss vorhanden. Große, mobile O<sub>2</sub>-Flasche vor Ort, jedoch nur mit

Anschluss für eine Maske oder Nasensonde. Anschluss des Sauerstoffs an einen Beatmungsbeutel und Rückumlagerung ins Bett. Sättigungsabfall bei PEEP-Verlust und niedriger Sauerstoffkonzentration. Sofortiger Transport in ein Zimmer mit O<sub>2</sub>-Anschluss. Nach Anschluss Stabilisierung der Patientin.

### Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin und der berichtenden Kliniken:

Der Transport von beatmeten oder kritisch kranken Patienten und die Behandlung an Orten, die nicht die technischen und räumlichen Möglichkeiten einer Intensivstation haben, stellen IMMER ein erhöhtes Risiko dar.

Beide Ereignisse zeigen, dass die Vorbereitung für einen Transport/Notfall in der NACHbereitung des vorherigen Einsatzes besteht. Da diese Einsätze oft völlig unvorhersehbar stattfinden, muss jeder im Team, das die Ausrüstung für den Notfall oder Transport wieder bereitstellt, in der Lage sein, z. B. den Füllungsstand von O<sub>2</sub>-Flaschen zu beurteilen (Berechnung: Flaschenvolumen in Litern x angezeigtem Druck auf dem Manometer (in bar) = Vorrat in Litern. Beispiel: 50 l x 150 bar



= 7500 l) und ggf. die Flaschen auszutauschen. Oft wird dies an einzelne „Spezialisten“ auf der Station delegiert, weil der Austausch der Flasche im Allgemeinen nicht gern gemacht wird. Aber ist auch geregelt, ab welchem Füllungsstand Flaschen gewechselt werden müssen?

Eine sichere Versorgung des Patienten ist auch abhängig davon, dass das Team weiß, welche Möglichkeiten am Ziel des Transports vorhanden sind. Im zweiten Fall war das die Patientin begleitende Team davon ausgegangen, dass vor Ort Zugang zu O<sub>2</sub> bestünde.

### Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- **Notfallwagen, -koffer, O<sub>2</sub>-Versorgungseinheiten** müssen **jederzeit einsatzbereit** sein.
- Dafür ist es notwendig, die Prüfungsintervalle festzulegen (**mindestens 1x/Tag und IMMER nach Benutzung**) und **wer dafür verantwortlich** ist.
- **IMMER** Verwendung von Sauerstoffflaschen mit maximaler Füllung bei Transporten in Bereiche, in denen es keinen O<sub>2</sub>-Wandanschluss gibt.



- In Notfall-, kritischen Situationen oder in Eile sollte niemand rechnen müssen! Hier hätte das Füllungsvolumen der O<sub>2</sub>-Flasche berechnet und dann auf die O<sub>2</sub>-Konzentration und das Atemminutenvolumen der Beatmung umgerechnet werden müssen, um zu entscheiden, ob der Füllungszustand reicht.
- Wenn vor Ort, z. B. auf Normalstation, Sauerstoff vorhanden ist,

kann es besser sein, zu **bleiben und Ersatz und Hilfe** (ggf. das **Rea-Team** des Hauses) zu holen.

- Für die mobile Sauerstoffflasche vor Ort ist ein **Entnahmeventil** nötig, das die **Insufflation und die 5-bar-Entnahme über DIN-Steckkupplung** für den Anschluss des Notfallbeatmungsgerätes an eine 10 Liter-Sauerstoffflasche ermöglicht (wird von verschiedenen Lieferanten angeboten).

Diese Fälle können Sie auch unter den Nummern 36176 und 37287 unter [www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de) nachlesen.

Kontakt:

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH

[b.hoffmann@aekb.de](mailto:b.hoffmann@aekb.de)

Abteilung Fortbildung /

Qualitätssicherung Ärztekammer Berlin

## In memoriam Friedrich Nürnberger

Professor Dr. Friedrich Nürnberger prägte über Jahrzehnte als einer der maßgeblichen Hochschullehrer die Universitäts-hautklinik am Rudolf-Virchow-Krankenhaus (RVK). Nach schwerer Krankheit starb er am 20.04.2013 in Berlin.

1929 in Kaiserslautern geboren und aufgewachsen, 1956 medizinisches Staatsexamen in Mainz als Gutenberg-Stipendiat, 1959 Promotion am Anatomischen Institut der Universität Mainz, anschließende Weiterbildung zunächst in der Inneren Medizin, dann in der Dermatologie und Venerologie in Kassel und Mainz. Seit 1970 Vertreter von Prof. G. Stüttgen in der Universitäts- und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten im RVK in Berlin. 1971 Habilitation und Ernennung zum Professor.

An diesen skizzierten Werdegang schließt sich ein mit Intellekt und Herz der Dermatologie gewidmetes Berufsleben an. Der Morphologie blieb Friedrich Nürnberger treu. Seine elektronenmikroskopischen Studien zeigen, dass die Zellulitis keine Krankheit, sondern eine natürliche Folge von Anordnung der Fettzellen und Verzahnung des Subkutangewebes mit

der Dermis beim weiblichen Geschlecht darstellt (Status pro-trusus cutis). Therapieversuche der Zellulitis haben ihn stets erheitert.

Über Jahrzehnte hinweg beurteilte er mit außerordentlicher Expertise die histologischen Präparate der Klinik. Keiner der Weiterbildungsassistenten wird die Freitagnachmittage vergessen, an denen Friedrich Nürnberger die Schnitte am Konferenzmikroskop erläuterte. Mit Pfälzer Humor aus seinem Erfahrungsschatz eingestreute Anekdoten fehlten nie.

Zu weiteren Schwerpunkten zählten Andrologie, Lasermedizin und die Infektiologie, auch im Rahmen der Tropenmedizin. Schon früh hat er erkannt, wie wichtig die Rolle der Haut für die Erstdiagnose und im Verlauf einer HIV-Infektion spielte.

Die Berliner Dermatologische Gesellschaft beging während seiner Präsidentschaft 1986 ihr 100-jähriges Jubiläum, das er mit einer beachtenswerten Tagung mit hochkarätigen Festrednern aus dem In- und Ausland würdigte.

Bei Renovierung der Klinikbibliothek 1981 rettete das Ehepaar Nürnberger ein Ver-

zeichnis der Arbeiten von Professor Dr. Abraham Buschke mit seinem von seiner Ehefrau in Theresienstadt geschriebenen Lebenslauf. Der Fund gab Professor Nürnberger Anlass, die erschütternde Geschichte dieses ersten Chefarztes der Hautklinik im RVK, der sie 1906 bis 1933 leitete und 1943 im Konzentrationslager Theresienstadt starb, zu publizieren, außerdem Kontakt zu einem der Söhne in New York aufzunehmen.



Foto: privat

Nach seiner Emeritierung 1994 setzte er seine dermatohistologische und klinische Tätigkeit noch für 10 Jahre fort, pflegte aber auch kulturelle Aktivitäten und das Golfspiel zusammen mit seiner Frau Johanna Nürnberger, Zahnärztin, mit der er seit 1976 in zweiter Ehe verheiratet war und die seine Interessen aktiv teilte.

Wir trauern um Friedrich Nürnberger und werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Priv. Doz. Dr. Barbara Hermes  
Präsidentin der Berliner Dermatologischen Gesellschaft

# Moderne Medizin im Spiegel der Kunst

**E**in Kopf aus lauter Tabletten und Kapseln. Ein Totenkopf. Der Titel: „Kombinationstherapie“. Würde auch gut zu dem Artikel auf Seite 23 passen, in dem es unter anderem um tödliche Wechselwirkungen geht. Dem New Yorker Künstler Barton Lidice Benes aber ermöglichte die „Combination Therapie“ (1993) das Weiterleben und -arbeiten. Unter welchen Umständen, zeigt sein „Giftpfeil“ von 1994: „Mischtechnik, HIV-positives Blut.“ Es ist das seine, und es wird für jede Ausstellung frisch nachgefüllt. Natürlich zeigt man den „Poison Dart“ nur hinter Sicherheitsglas und Drahtgitter.

Nach einem Hinterwandinfarkt legte Joseph Beuys seinem Freund und Sammler, dem Kölner Urologen Reiner Speck, sein EKG in ein beziehungsreiches Buchobjekt. Eine Maxime des Künstlers: „Kranksein lehne ich ab.“ Deshalb habe er das EKG auf den Kopf gestellt, schreibt Ralf Scherer in einem (deutsch und englisch gedruckten) Buch, das eine Entdeckung ist: „Diagnose [Kunst]. Die Medizin im Spiegel der zeitgenössischen Kunst“ (Wienand Verlag, Köln 2006).

Oft hat man sich schon geärgert, dass es zu Ausstellungen nur noch selten ordentliche und handliche Kataloge gibt, stattdessen kiloschwere Wälzer voller Essays. Dieser hier ist jedoch ein Glücksfall für alle, die am Dialog der Kunst unserer Gegenwart mit Medizin und Naturwissenschaften interessiert sind, aber die dazugehörige Ausstellung versäumt haben. Sie fand in zwei noch relativ wenig bekannten neuen Museen statt, dem Kunstmuseum Ahlen und dem Kulturspeicher Würzburg. Kuratoren waren ein Medizinprofessor, Ralf Scherer (Anaesthesiologe in Münster), und eine Kunsthistorikerin, Anna Lammers, die zusammen mit zwei weiteren Autoren fesselnde Texte für das reich illustrierte Buch schrieben.

Die eigene Körper- und Krankheitserfahrung ist nur eine der vielfältigen Arten des

Grenzverkehrs zwischen Kunst und Medizin. Nicht wenige Künstler haben als „Artist in residence“ längere Zeit in Labors oder Kliniken gearbeitet. (Als Vorläuferin sei die Berliner Malerin Maina-Miriam Munsy genannt, deren veristische OP- und Kreißsaal-Bilder endlich in einer Ausstellung wiederentdeckt werden sollten.) Heute werden in Medizin und Kunst einzelne physiologische Vorgänge untersucht, etwa die Verdauung.

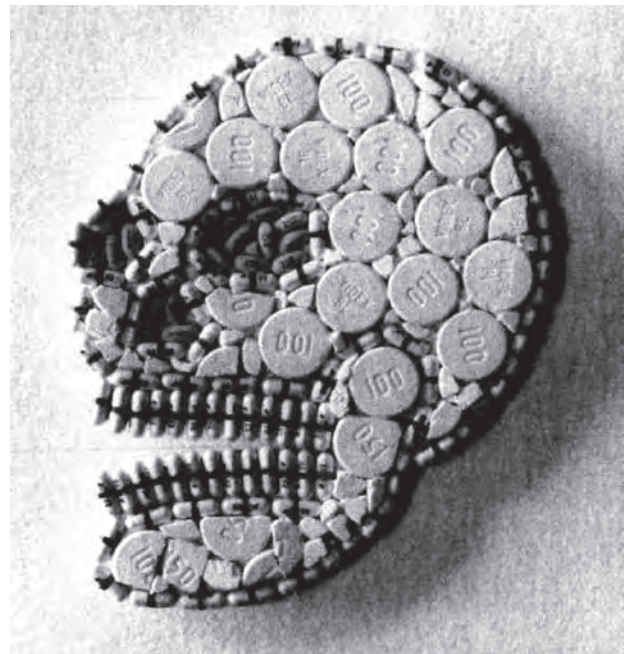
Die „Bildgebung“ von Künstlern des 21. Jahrhundert ist häufig so abstrakt wie die der Mediziner, die von Künstlern direkt oder indirekt genutzt wird. Besonders beliebt ist das Röntgenbild als Metapher. Scherer erinnert an die Lungenaufnahme der Madame Chauchat aus dem „Zauberberg“, die Hans Castorp „als Essenz ihrer Persönlichkeit bewahrt“. Der Belgier Wim Delvoye hat in einer Genter Klinik Computer- und Kernspintomographien von Liebespaaren aufgenommen und zu riesigen „Kirchenfenstern“ zusammengefügt. Die küssenden Skelette erinnern ans Totentanzmotiv oder an Vesals agierende anatomische Figuren, die Wissenschaft und Kunst vereinen. Scherers Kommentar: „So wie unser Körper dank der modernen Methoden der Medizin immer transparenter wird, geht uns das transzendente Element mehr und mehr verloren. Medizinische Technologie ersetzt christliche Theologie, die Gnosis wird Diagnosis.“

Viele Artefakte kopflastiger Konzeptkunst stehen unserer konventionellen Auffassung von Kunstwerken fern. Ein Beispiel ist Christine

Borlands Installation „Hela“. Sie besteht aus einem Videomikroskop mit Kulturzellen und einem Monitor. „Hela“ ist Henriette Lacks, jene 1951 jung an Krebs gestorbene Afroamerikanerin, deren Krebszellen - als erste In-vitro-Zelllinie - sie nun schon lange überleben. Eine Gedenk-Installation. Zeitgenössische Künstler, so lernt man aus diesem Buch, sind einerseits genauso wie Ärzte fasziniert von den technischen Möglichkeiten der modernen Medizin, den Körper mit Hilfe invasiver Bilder, mit Kurven und Zahlen zu analysieren. Andererseits sehen sie mit Misstrauen, wie er per Ersatzteilchirurgie, Transplantationen, Tissue-Engineering und Gentechnik manipuliert werden kann.

Und sie zweifeln an der Objektivität wissenschaftlicher Modelle, die als Konstrukte erkannt werden. Dennoch - so liest man's in diesem nachdenklich machenden Band - „basieren die Visionen der modernen Technikwissenschaften von einer grenzenlosen Verfügbarkeit und Manipulierbarkeit von Natur und Körper auf der Gleichsetzung von Modell und Gegenstand, von biokybernetischem Maschinenbild und menschlichem Leib“.

Rosemarie Stein



Barton Lidice Benes: *Kombinationstherapie*

# BERLINER ÄRZTE

8/2013 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 unter Verwendung von Fotos:  
Goss Vitalij, benjaminolte, Fotoimp (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 Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG, Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 81,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 54,50 inkl. Versandkosten, im Ausland € 81,00 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,55 zzgl. € 2,50 Versandkosten.  
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2013 vom 01.01.2013.

ISSN: 0939-5784