

Wir wünschen allen
Ärztinnen und Ärzten
frohe Feiertage

ÜBEN AM MODELL

Die zunehmende Bedeutung der **Simulationsmedizin**

Erwartungen an den Arztberuf



Foto: Matthias Heyde

Prof. Dr. habil. Jan-Hendrik Olbertz
ist Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin

Der Arztberuf ist bis heute derjenige Beruf, der wohl unter allen Berufen in unmittelbarer Weise am Wohl des Menschen ausgerichtet ist. Ärztinnen und Ärzten offenbart sich das gesamte Spektrum menschlichen Seins, in der Spannweite von Leben und Tod, Hoffnung und Verzweiflung, Glück und Unglück. Kein anderer Beruf ist mit dem Reichtum des Lebens in dieser Fülle konfrontiert – in seinen Höhen wie in seinen Abgründen. Und in nur wenigen anderen Berufen ist Verantwortung so direkt greifbar wie im Arztberuf.

Nicht ohne Grund wird seit rund 2.500 Jahren, als der griechische Arzt Hippokrates seinen berühmten Eid aufschrieb, jungen Ärztinnen und Ärzten – wenn auch in vielfach abgewandelter Form – diese Verantwortung durch Ableistung eines Eides vor Augen geführt; sie werden auf ein Ethos verpflichtet, das am menschlichen Wohl ausgerichtet ist. Dieses Wohlsein berührt mehr als nur Gesundheit und Unversehrtheit eines dem Arzt anvertrauten Menschen, sondern auch seine Würde und seine Rechte.

Die WHO definiert heute Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Welche Anforderungen in der modernen Hochleistungsmedizin damit verbunden sind, können wir nur erahnen. Ein Arzt bzw.

eine Ärztin muss über die punktuelle Symptomatik hinausschauen können und den Patienten in seiner Ganzheit in den Blick nehmen, um die oft multikausalen Hintergründe einer Erkrankung zu verstehen. Von Ärztinnen und Ärzten wird überdies verlangt, dass sie neben der eigenen fachärztlichen Spezialisierung medizinisches Überblickswissen parat haben und zumindest in den Grundzügen die naturwissenschaftlichen Nachbardisziplinen ihres Faches kennen, zum Beispiel biochemische, physiologische und physikalische Prozesse sowie die ihnen zu Grunde liegenden molekularen Mechanismen.

Moderne interdisziplinäre Methoden machen es heute möglich, Therapien zu „personalisieren“, also auf den einen, einzigartigen Menschen zuzuschneiden, indem direkt am Genom, seinem natürlichen „Bauplan“, entlang eine (praktisch unter acht Milliarden Menschen einmalige) Vorgehensweise ausgerichtet wird. Aber werden dabei auch persönliche Lebenslagen, individuelle Gefühls- und Erfahrungswelten, Wünsche und Bedürfnisse, Fragen und Ängste in vergleichbar differenzierter Weise berücksichtigt?

Auf der einen Seite geht es also um den Umgang mit modernster Diagnosetechnik und ausgefeilten Therapien, auf der anderen um die Komplexität menschlichen Befindens, weil Krankheit – oder

auch nur Unwohlsein – vielfach gesellschaftlich vermittelt ist.

Man kann sich kaum vorstellen, welches kollektive Wissen und Können vor diesem Hintergrund für ärztliches Handeln vonnöten sind. Ein einzelner Arzt oder eine einzelne Ärztin allein können es längst nicht mehr aufbringen – nur im Austausch mit Vielen sind die heutigen Möglichkeiten der Medizin im klinischen Alltag wie in der Forschung zu beherrschen und sinnvoll zu nutzen.

Gerade im Angesicht der Hochspezialisierung gewinnen Empathie, eine fürsorgliche Haltung und ethische Grundsätze an Bedeutung. Zu diesem „erweiterten“ Qualifikationsprofil gehören soziale Kompetenzen, kommunikative Fähigkeiten, Kenntnisse aus der Psychologie, Einfühlungsvermögen und nicht zuletzt rechtliches Wissen. Geduld und Zeit, Bereitschaft zum Zuhören, vor allem aber der Aufbau von Vertrauen kollidieren im Alltag von Klinik oder Praxis indes nicht selten mit den Erfordernissen einer effektiven Betriebsorganisation oder spätestens mit den Abrechnungsmodalitäten von ärztlichen Leistungen, die eine davon losgelöste „Taktung“ vorgeben.

Umso mehr setzt der Arztberuf in einer ganz besonderen Weise Hingabe voraus. Ist sie gegeben, dann beinhaltet dieser Beruf wie kaum ein anderer zugleich ein außergewöhnliches Maß an persönlicher Erfüllung und Beglückung.



**Bitte beachten Sie:
Der Wahlzeitraum endet am
Freitag, dem 5. Dezember
2014 um Punkt 18:00 Uhr!**

Haben Sie schon gewählt?

Das Ende des Wahlzeitraums steht unmittelbar bevor.

Die Wahlbriefe müssen bis Freitag, 5. Dezember 2014, 18 Uhr in der Ärztekammer Berlin eingegangen sein. Später eingehende Wahlbriefe dürfen bei der Auszählung nicht berücksichtigt werden.

Selbstverständlich können Sie Ihren Wahlbrief postalisch übersenden. Bitte berücksichtigen Sie für die Fristwahrung die Postlaufzeit.

Sicher ist sicher: Sie haben auch die Möglichkeit, Ihren Wahlbrief bis zum Ende der Frist in eine dafür vorgesehene Wahlurne im Foyer der Ärztekammer Berlin oder in den Hausbriefkasten in der E.T.A. - Hofmann-Promenade einzuwerfen.



Nach der Wahl

Die Auszählung der Stimmen beginnt direkt im Anschluss

Unmittelbar nach dem Ende des Wahlzeitraums beginnt die Auszählung der Stimmen in der Ärztekammer Berlin. Die Auszählung findet kammeröffentlich statt, d. h. Kammermitglieder können den Auszählvorgang beobachten. Zudem wird die gesamte Auszählung von dem ärztlich besetzten Wahlausschuss überwacht.

Sitzverteilung der Listen in der neuen Delegiertenversammlung steht am Freitag fest

Die Auszählung der Hauptstimmen wird noch am Freitagabend beendet. Sodann wird das vorläufige Endergebnis bekannt gegeben. Die Anzahl der von den Listen jeweils errungenen Hauptstimmen ist maßgeblich für die Verteilung der Sitze in der neuen Delegiertenversammlung.

Die gewählten Kandidatinnen und Kandidaten werden am Samstag bekannt.

Am Samstag, dem 6. Dezember 2014, finden die Kontrollzählung der Hauptstimmen sowie die Zählung der persönlichen Vorzugsstimmen statt. Von den persönlichen Vorzugsstimmen hängt ab, welche Kandidatinnen und Kandidaten Anspruch auf die von dem zugehörigen Wahlvorschlag errungenen Sitze in der Delegiertenversammlung haben. Anschließend gibt der Wahlausschuss das Gesamtergebnis bekannt.



SIMULATIONSMEDIZIN

In der Fliegerei schon lange gang und gäbe, fassen Simulationen auch in der Medizin immer mehr Fuß. BERLINER ÄRZTE stellt die ebenso faszinierenden wie vielfältigen Simulationsmöglichkeiten vor.

Seite 14



GASTKOMMENTAR.....	Überraschungsbesuch aus Großbritannien.....23	PERSONALIEN.....
Erwartungen an den Arztberuf Von Jan-Hendrik Olbertz.....3	Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise? – Teil 3 BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....28	Bestandene Facharztprüfungen September/Oktober 2014.....32
BERLINER ÄRZTE aktuell.....6	FORTBILDUNG.....	Hans-Henning Studt zum 80.34
BUNDESINSTITUTE.....	Sicherer verordnen.....10	BUCHBESPRECHUNG.....
Sandmücken, Sandflöhe und No-see-ums Informationen des Instituts für Tropenmedizin.....11	Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24	Medizinhistorisches für Zwischendurch.....23
BERUFS- UND GESUND- HEITSPOLITIK.....	CIRS – Der aktuelle Fall.....27	FEUILLETON.....
COPD – Rauchstopp als Chance Von Wulf Pankow und Thomas Hering.....21		Die Perinatalmalerin (Maina-Miriam Munsky 1943-1999) Von Rosemarie Stein.....35

Herbert-Lewin-Preis

Forschungspreis zur Rolle der Ärzteschaft in der Zeit des Nationalsozialismus

Bereits zum fünften Mal schreiben das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Herbert-Lewin-Preis für wissenschaftliche Arbeiten zum Thema „Aufarbeitung der Geschichte der Ärztinnen und Ärzte in der Zeit des Nationalsozialismus“ aus. Künftig wird der Preis, in dessen Rahmen Arbeiten, die sich mit der Rolle der Ärzteschaft während des Nationalsozialismus auseinandersetzen, ausgezeichnet werden, auch von der Bundeszahnärztekammer unterstützt.

Teilnehmen können:

- Zahn-/Ärztinnen und Zahn-/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Einzelpersonen
- Kooperationen oder Gemeinschaften von Zahn-/Ärztinnen und Zahn-/Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

• Studierende der Zahn- oder Humanmedizin an zahn- und humanmedizinischen Fakultäten oder medizinhistorischen Instituten tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler

Jede teilnehmende Person und jede Arbeitsgruppe kann sich mit je einer Arbeit bewerben. Bewertet werden die eingereichten Arbeiten von einer unabhängigen Jury, der diesmal Volker Hess, Robert Jütte, Manfred Richter-Reichhelm, Dominik Groß, Leo Latsch und Roman M. Skoblo angehören.

Insgesamt ist der Forschungspreis mit 12.500 Euro dotiert, die von der Jury auf verschiedene Arbeiten aufgeteilt werden können. Berücksichtigt werden alle Arbeiten, die ab dem 01.01.2010 erstellt oder veröffentlicht wurden und bisher an keiner Herbert-Lewin-Preis-Ausschreibung teilgenommen haben. Die Arbeiten müssen in deutscher Sprache verfasst und in Papier-



form (sechsfache Ausfertigung) oder in elektronischer Form an folgende Postadresse:
 Bundesärztekammer,
 Hauptgeschäftsführung,
 Elke Böthin M.A.
 Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Bln.
 oder per E-Mail an:
 elke.boethin@baek.de gesendet werden.

Der Einsendeschluss ist der 18. Juni 2015.

Nähere Informationen zum Preis, ehemaligen Preisträgern und ihren Arbeiten sowie zu den Teilnahmebedingungen können Interessierte im Internet unter: www.baek.de/Forschungspreis abrufen.

Curt-Meyer-Gedächtnispreis

Auszeichnung für herausragende Forschungsleistungen in der Onkologie



Der Curt-Meyer-Gedächtnispreis der Berliner Krebsgesellschaft gehört mittlerweile zu den wichtigsten Instrumenten der Nachwuchsförderung in der Onkologie und wird auch 2015 wieder vergeben. Vorrangig als Auszeichnung und Förderung von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gedacht, werden mit dem Preis bereits seit 1988 jährlich herausragende Forschungsleistungen in der Onkologie gewürdigt. Der Preis

ist mit 10.000 Euro dotiert und wurde nach dem Gründer der Berliner Krebsgesellschaft, Dr. Curt Meyer, benannt. Teilnehmen können Interessierte, die das 40. Lebensjahr nicht überschritten haben und in Kliniken oder Instituten im Land Berlin tätig sind. Eingereicht werden können Publikationen, die sich mit klinischen, experimentellen oder translationalen Forschungsthemen aus dem Bereich der Onko-

logie befassen und die in einer Berliner Institution erarbeitet wurden. Die Publikation darf nicht mehr als ein Jahr zurückliegen. Ist das Manuskript zur Publikation eingereicht, muss das Begutachtungsverfahren abgeschlossen und die Arbeit zum Druck angenommen sein. Zudem erfolgt die Vergabe des Preises an die Erstautorin/den Erstautor, wobei diese bei der Einreichung der Arbeit versichern muss, dass die Koautoren mit der Bewerbung um den Preis einverstanden sind. Die Bewerbung ist an den Vorsitzenden der Berliner Krebsgesellschaft e.V. in einfacher Ausfertigung sowie als elektronische

Datei unter Beifügung des ausführlichen Lebenslaufes, eines wissenschaftlichen Tätigkeitsberichtes und einer Publikationsliste an folgende Postadresse

Berliner Krebsgesellschaft e.V.
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter M. Schlag
 Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin
 und per E-Mail an: info@berliner-krebsgesellschaft.de zu senden.

Der Einsendeschluss ist der 31. März 2015 (Datum des Poststempels). Nähere Informationen zum Preis finden Interessierte im Internet unter: www.berliner-krebsgesellschaft.de

Podiumsdiskussion

Grenzen und Möglichkeiten der Naturheilkunde

Der Begriff „Naturheilkunde“ umfasst ein breites Spektrum an Methoden zur körpereigenen Selbstheilung, die sich unterschiedlicher, bevorzugt in der

Natur vorkommender Mittel und Reize bedient. In den vergangenen Jahren haben sich immer mehr Menschen diesen Behandlungsmethoden zugewandt und

sind dabei auf Fragestellungen gestoßen wie: Was hilft, was schadet mir? Welche wissenschaftlich fundierten Nachweise gibt es, die die Wirksamkeit der Naturheilmethoden belegen und unterstützen? Wo stößt die Naturheilkunde an ihre Grenzen? Am 17. Dezember 2014 diskutieren ab 19:30 Uhr Experten aus der Naturheilkunde und der klassischen Schulmedizin über die „Grenzen und Möglichkeiten der Naturheilkunde“ in der Urania.

Auf dem Podium sitzen:

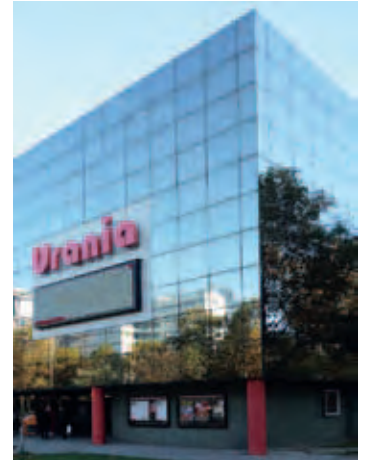
- Prof. Dr. med. Dr. h.c. Roland Hetzer, langjähriger Ärztlicher Direktor des Deutschen Herzzentrums Berlin, Träger der Georg-Klemperer-Medaille 2014
- Dr. med. Achim Kürten, Leiter des Zentrums für Traditionelle Chinesische und Integrative Medizin, St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
- Dr. med. Irene Schlingensiepen-Brysch, Ärztin, Homöopathin, Autorin

Beratungsdienst

Aktiv und informiert an der eigenen Behandlung teilhaben

Krebs – diese Diagnose erhalten in Deutschland jedes Jahr rund 500.000 Menschen. Die wenigsten davon haben sich bis zu diesem Zeitpunkt mit dem Thema beschäftigt und wünschen sich patientennahe und verständliche Informationen. Seit kurzem bietet der telefonische Beratungsdienst INFONETZ KREBS der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft Antworten auf individuelle Fragen.

Unter der Rufnummer 0800/ 80 70 88 77 erhalten Betroffene und deren Angehörige kostenfrei qualitätsgesicherte Informationen und Beratung. Damit der Patient aktiv und gut informiert an seiner Behandlung teilhaben kann, haben zahlreiche Experten diesen zusätzlichen Service entwickelt und für das Beratungsangebot im Vorfeld viele tausend wissenschaftliche Artikel, Studien, Gesetzestexte sowie Erfahrungsberichte gesichtet, analysiert und die entsprechenden Informationen in die Datenbank INFONETZ KREBS eingespeist. Diese umfasst somit den heutigen Wissenstand der Onkologie.



- Prof. Dr. med. Jürgen Kiwit, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie, Helios Klinikum, Berlin-Buch
 - Christian W. Engelbert, Facharzt für Allgemeinmedizin/Naturheilverfahren, stv. Vorsitzender Naturheilverein Berlin-Brandenburg, Berlin
 - Prof. Dr. med. Ulrich Nöth, MHBA, Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
- Moderiert wird die Veranstaltung von Dr. med. Jutta Semler, Chefärztin i.R., Immanuel-Krankenhaus und Vorstandsvorsitzende des Urania Berlin e.V.

Spendenaufruf

Die drastische Sparpolitik infolge der Schuldenkrise hat in Griechenland die Situation der Gesundheitsversorgung zunehmend verschärft. Mittlerweile sind nach Angaben von „Ärzte der Welt“ rund 65 Prozent aller Jugendlichen und 28 Prozent der Erwachsenen arbeitslos.



Arbeitslosengeld wird in Griechenland maximal ein Jahr lang gezahlt und danach gibt es – anders als in Deutschland – keine finanzielle Unterstützung mehr. Gesundheitliche Leistungen werden nur noch bei erheblicher Eigenbeteiligung erbracht, eine Voraussetzung, die kaum noch jemand erfüllen kann.

Die „Ärzte der Welt“ Griechenland organisieren bereits seit vielen Jahren medizinische Hilfe vor Ort. In Polikliniken in Athen, Theassaloniki, Chania und Kavala,



Perama und in Patras sowie mit Hilfe Mobiler Stationen wurden bereits vor der Krise Flüchtlinge, Obdachlose und Roma behandelt. Mittlerweile sind die sechs Kliniken für viele Griechen die einzige Möglichkeit der medizinischen Versorgung: Kinder werden geimpft, Schwangere erhalten Vorsorgeuntersuchungen und chronisch Kranke erhalten lebensnotwendige Medikamente. Im vergangenen Jahr wurden über 92.000 Untersuchungen vorgenommen.

Damit die ehrenamtlich arbeitenden griechischen Ärzte, Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Psychologen den Betrieb der Kliniken weiter ermöglichen und Impfungen, Behandlungskosten, Laboruntersuchungen und

Lebensmittel finanzieren können, brauchen sie Hilfe.

Das „Berliner Forum Griechenlandhilfe“ kooperiert mit „Ärzte der Welt“, um die Gesundheitsversorgung notleidender Menschen in Griechenland zu verbessern. Dazu wurde unter anderem eine Spendenaktion gestartet, in deren Rahmen Sie steuerfrei unter dem Stichwort „Griechenlandhilfe“ aufgerufen sind, auf folgendes Konto: „Ärzte der Welt“, Deutsche Kreditbank, IBAN: DE061203 0000 1004 333660 zu spenden und damit die griechischen Ärzte bei ihrer Arbeit zu unterstützen! Nähere Informationen zum Berliner Forum finden Interessierte im Internet unter: www.berlinerforum-griechenlandhilfe.de

Lebensmittelpakete

Ergänzend zu ihrer Arbeit verteilen die „Ärzte der Welt“ Griechenland seit längerem Lebensmittelpakete an bedürftige Familien.

Vor allem in den Großstädten fehlen Möglichkeiten zur Eigenversorgung und besonders die Not von Familien mit Kindern sowie älteren Menschen ist groß. Ein Paket enthält lebenswichtige Grundnahrungsmittel wie Nudeln, Bohnen, Reis sowie Olivenöl und reicht meist für einen Monat.

Für die Finanzierung der Lebensmittelpakete bittet das „Berliner Forum Griechenlandhilfe“ dringend um finanzielle Unterstützung. Sie können allein oder in der Gruppe 40 Euro für ein Paket ein- oder mehrmals im Jahr spenden. Das Geld geht über ein Sonderkonto direkt an „Ärzte der Welt“ Griechenland und wird ausschließlich zur Finanzierung der Lebensmittelpakete verwendet:

Spenden-Sonderkonto bei der Alpha Bank Griechenland: „Ärzte der Welt“ Griechenland, IBAN: GR72 0140 1990 1990 0200 2004 220, BIC CRBAGRAA.



Politik sieht Präventionsgesetz als große Chance

Die SPD-Fraktion im Berliner Abgeordnetenhaus hatte am 7. November rund 30 Gäste aus der politischen Bundes-, Landes- und Bezirksebene sowie Vertreter verschiedener Einrichtungen im Gesundheitswesen zu einem gesundheitspolitischen Dialog zum Thema „Prävention und Gesundheitsförderung“ eingeladen – darunter auch Kammerpräsident Günther Jonitz.

Weitere geladene Gesprächspartner waren u.a. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Claudia Korf, Vorstandsvorsitzende von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. und Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des GKV-Spitzenverbandes.

Um die Geschlossenheit der Großen Koalitionen im Bund und in Berlin zu demonstrieren, waren mit Unionssprecher Jens Spahn und Gesundheitssenator Mario Czaja auch Vertreter der Union eingeladen. Die Koalitionspartner wurden denn auch nicht müde, zu betonen, wie gut die Zusammenarbeit auf

gesundheitspolitischer Ebene laufe. Parteipolitische Unterschiede waren daher nicht zu vernehmen.

Der Tenor war übergreifend, dass das geplante Präventionsgesetz wichtig sei, um einen besser definierten Rahmen für Präventionsleistungen zu schaffen. Der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Fraktion, Thomas Isenberg, der die Veranstaltung moderierte, erklärte: „Krankheit und soziale Ungleichheit sind ohne Politik nicht heilbar, deswegen brauchen wir ein Präventionsgesetz.“

Insbesondere von Seiten der Bezirksbürgermeister kam aber immer wieder der Hinweis auf die Notwendigkeit, Prävention den Gegebenheiten vor Ort in den Kiezen anpassen zu müssen. Dieser Lebenswelten-Ansatz wurde auch von Hilde Mattheis, der gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, propagiert. Ihr Unionskollege Jens Spahn betonte, dass das Präventionsgesetz nur ein

Baustein sein könne. Gleichzeitig forderte Spahn eine Abkehr von einem Individualansatz in der Prävention: „Wir haben heute ein sehr stark marketinggetriebenes Präventionsangebot.“

Berlins Gesundheitssenator Czaja verwies auf die Erfolge, die aus dem im Berliner Koalitionsvertrag hinterlegten Aktionsprogramm Gesundheit erwachsen seien.

Als Beispiel nannte er den Sozialstrukturatlas. Zugleich warte man in Berlin aber auf das Bundespräventionsgesetz, um die Aktivitäten besser damit abgleichen zu können.

Ärztammerpräsident Jonitz goss etwas Wasser in den Wein. Es sei ein übergeordneter Ansatz nötig, da man die bestehenden Probleme über ein Präventionsgesetz alleine nicht lösen könne. Er beklagte, dass die Ärzteschaft zu wenig in das Thema Prävention eingebunden sei. Der Arzt habe bislang keinen „primärpräventiven Auftrag“. Dabei seien es aber gerade die Ärzte, die direkt am Patienten arbeiten und ihn positiv beeinflussen können. „Beim Arzt kommen alle Probleme an.“ Ganz prak-



tisch schlug Jonitz verpflichtenden Schulsport mindestens zwei Mal in der Woche sowie Musikunterricht vor.

GKV-Mann Gernot Kiefer sprach den Ärzten hingegen generell ab, Präventionsaufgaben lösen zu können. Es sei eine falsche Annahme, dass Ärzte dies per se könnten. Vielmehr seien Qualifizierungen nötig, damit Ärzte „Teilbereiche“ der Prävention übernehmen könnten. Das konnte Jonitz so nicht stehen lassen und verwies auf die Mitverantwortung der Krankenkassen jenseits von Marketingmaßnahmen, worauf Kiefer einlenkte und erklärte, dass man sich über die Rollenverteilung noch Gedanken machen könne. srd

*Antirheumatische Therapie***Infektionsrisiko**

Nach einem Übersichtsartikel muss zu Beginn einer immunsuppressiven antirheumatischen Therapie das Infektionsrisiko individuell abgeschätzt werden. Dabei spielen die Art der rheumatischen Erkrankung, Komorbiditäten, Alter und Intensität der Therapie eine Rolle. Auffrischimpfungen sollten vor Beginn der immunsuppressiven Therapie durchgeführt werden. Als spezielle Risikokonstellationen gelten latente Tuberkulose und Hepatitis B, die mit speziellen Testverfahren ausgeschlossen werden müssen.

Quelle: Dtsch. Med. Wschr. 2014; 139: 1593-5

*Applizierte Opiate***Tumorschmerzen**

Patienten mit Tumorschmerzen sprechen sehr unterschiedlich auf oral applizierte Opiate an. In einer Studie zum Problem des Wechsels zwischen unterschiedlichen Opiaten (Morphin und Oxycodon) wurde festgestellt, dass

- Patienten auf beide Opiate zu Beginn einer Therapie ähnlich gut (zu über 60 Prozent) ansprechen.
- Nonresponder beim Wechsel auf das jeweilig andere Opiat ähnlich gut ansprechen (zu über 50 Prozent).

Ein Wechsel oral applizierbarer Opiate kann daher sinnvoll sein, bevor auf ein parenterales Opiat ausgewichen werden muss.

Quelle: Ärzte Zeitung 25.08.14, S. 14

*Vasokonstruktoreffekte***Standardmedikation**

Triptane, vor allem Sumatriptan, gehören inzwischen zur Standardmedikation bei Migräne. In einer Studie wurden über sechs Jahre alle kardiovaskulären Ereignisse unter der Therapie mit überwiegend Sumatriptan aufgelistet: Spasmen der Koronararterien, zerebrovaskuläre Spasmen, gastrointestinale Nekrosen, Aneurysmen und weitere arterielle Schäden. Bei schwangeren Frauen wurden congenitale arterielle Missbildungen und Infarkte der Placenta in Zusammenhang mit der Einnahme eines Triptans festgestellt. Die Autoren raten Schwangeren und Patienten mit Durchblutungsstörungen in der Vorgeschichte von der Einnahme von Triptanen grundsätzlich ab.

Quelle: Prescrire internat. 2014; 23: 240

*Korrekte Medikation***Störfaktoren**

Triviales kann, insbesondere bei alten Patienten, ein Störfaktor für eine korrekte Medikation sein. Eine Befragung von 200 Patienten in einem geriatrischen Krankenhaus ergab, dass:

- 47 Prozent nicht in der Lage waren, eine verordnete Dosierung zeitlich zuzuordnen,
- 39 Prozent nicht dazu, 10 ml Saft in einen Messbecher zu füllen.
- 34 Prozent schafften es nicht, eine Dose mit Kindersicherung zu öffnen,

- 27 Prozent, eine Dose mit Brausetabletten zu öffnen.
- 23 Prozent konnten die Applikation „Brausetablette“ nicht erklären und in Wasser auflösen,
- 23 Prozent schafften es nicht, 20 Tropfen auf einen Teelöffel zu zählen.
- 20 Prozent konnten nicht die Verordnung „Bei Bedarf“ erklären,
- acht Prozent keine Tablette teilen.

Ursachen hierfür waren mangelnde manuelle Fertigkeiten, unzureichende kognitive Fähigkeiten, aber auch negative Einstellungen gegenüber Arzneimitteln. Bemängelt wurden zu wenig Erläuterungen zur Einnahmedauer oder Dosierung und unzureichende Informationen über unerwünschte Wirkungen der Arzneimittel. Nach einer neuen Befragung halten über die Hälfte der Patienten Medikamente für Gift und 20 Prozent glauben, dass Medikamente abhängig machen. Bei der Verordnung von Arzneimitteln scheint noch zusätzlich einige Zeit für Erklärungen (und auch Demonstrationen z.B. bei Sprays) nötig zu sein, insbesondere bei alten Patienten.

Quelle: Ärzte Zeitung v. 30.10.13, S. IV

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztchamber Nordrhein
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

Sandmücken, Sandflöhe und No-see-ums

Viele Reisende haben es in warmen Ländern selbst erlebt: Eine Unzahl von stark und anhaltend juckenden Insektenstichen auf den nicht von Kleidung bedeckt gewesenen Körperregionen. Als Verursacher werden häufig Sandfliegen, Sandflöhe und so genannte No-see-ums („man sieht sie nicht“) genannt. Im englischen Sprachgebrauch werden verschiedene kleine Stechmücken häufig als „sandflies“ (Sandfliegen) bezeichnet, vor allem Sandmücken und Gnitzen. Dabei ist der englische Begriff *sandfly* (pl. *sandflies*) für die Schmetterlingsmücke (*Phlebotomus sp.*), im deutschen auch **Sandmücke** genannt, reserviert. „Sandfliegen“ stellt weder ein Synonym für Sandmücken noch einen Oberbegriff für Sandmücken und Gnitzen dar. Ihre medizinisch wichtigste Bedeutung haben die Sandmücken in der möglichen Übertragung von Mikroorganismen. Sandmücken sind u.a. im Mittelmeerraum weit verbreitet, wo sie die Erreger der viszeralen und kutanen Leishmaniose sowie bestimmte Bunya-Viren (z.B. das *Toskana-Virus*) übertragen können. Die in Peru vorkommende Peru-Warze und das Oroya-Fieber werden ebenfalls durch Sandmücken übertragen, Erreger ist das Bakterium *Bartonella bacilliformis*. Der Befall mit den in der Karibik, Südamerika und Afrika vorkommenden **Sandflöhen**

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



(engl. sandfleas) ist typischerweise keine Differentialdiagnose zu multiplen Mückenstichen. Der nur ein Millimeter große weibliche *Tunga penetrans* bohrt sich mit dem Kopf bevorzugt unter die Fußnägel und die Nagelfalze, um Blut für die Ei-Entwicklung zu saugen. Der Hinterleib schwillt im Verlauf der Infestation unter Juckreiz an und entlässt schließlich zahlreiche Eier in die Umgebung. Nach drei bis fünf Wochen stirbt der Floh und wird abgestoßen. Bei Tropenreisenden werden meist nur Befälle mit einzelnen Flöhen beobachtet, die Therapie ist die chirurgische Exstirpation. Hauptkomplikation ist die Superinfektion, der Tetanus-Impfschutz ist zu überprüfen. Die Tungiasis ist eine Armutskrankheit, Barfuß laufen in ärmlichen Wohngebieten sollte vermieden werden.

Die dämmerungs- und nachtaktiven **‘No-see-ums‘** sind Gnitzen (*Culicoidae*), wie die Sandmücken sehr kleine, nur wenige Millimeter große Stechmücken. Als Lebensraum bevorzugen sie feuchte und warme Gebiete, ihr Auftreten erfolgt nicht selten in Schwärmen. In Südamerika können sie das

Oropouche-Virus übertragen, hiervon abgesehen liegt ihre Bedeutung aber in den lästigen, häufig zahlreichen Stichen.

Die Stiche von Gnitzen und Sandmücken können nicht nur tagelangen Juckreiz verursachen, sie können auch Tage bis Wochen nach ihrem Verschwinden mit ungebrochenem Juckreiz mehrfach wieder erscheinen und erneut verschwinden und so den Verdacht auf Stiche durch aus dem Urlaub mitgebrachte Flöhe oder Wanzen aufkommen lassen. Diese **reaktivierten Insektenstiche** sind als immunologisches Phänomen auf die stark allergenen Proteine im Speichel insbesondere der Gnitzen und Sandmücken zurückzuführen. Ihre Behandlung entspricht derjenigen bei der Erstmanifestation: außer der Applikation topischer Antihistaminika oder Glukokortikoide bedürfen sie keinerlei weiterer Maßnahmen. Die Erklärung dieser Zusammenhänge hat schon manchem Patienten unnötige nervliche Zermürbung und den Kammerjäger erspart.

Dr. Sebastian Dieckmann
Tropenmedizinische Ambulanz
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit
Charité Universitätsmedizin Berlin
Spandauer Damm 130, 14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

ANZEIGE

Humanitärer Kongress

Mangel an politischem Willen

Nicht nur die Ebola-Epidemie stellt Ärzte bei humanitären Einsätzen derzeit vor große Herausforderungen. Hilfen werden auch für syrische Flüchtlinge dringend gebraucht. In beiden Krisenregionen stoßen die Hilfsorganisationen an ihre Grenzen. Über aktuelle Probleme haben sie sich beim diesjährigen Humanitären Kongress in Berlin Mitte Oktober ausgetauscht.

Für mehr Gewaltprävention im internationalen Kontext machte sich der kanadische General Roméo Dallaire stark. Dallaire, der Mitte der 90er Jahre in Ruanda die Blauhelmsoldaten der Vereinten Nationen (UN) kommandierte, zeigte sich überzeugt, dass die Rekrutierung von Kindersoldaten ein frühes Warnzeichen für Massengräuelaten sein kann. Er stellte die Prioritätensetzung bei Entscheidungen über den Einsatz internationaler Truppen aber auch die der internationalen Öffentlichkeit in Frage. So werde den 300 vom Aussterben bedrohten Berggorillas in Ruanda mehr Aufmerksamkeit zuteil als den Kindersoldaten und den vom Völkermord betroffenen Tutsi. Beim Tsunami in Südostasien seien viele Hilfen geflossen, für Ruanda keine. Dallaires Diagnose auf Basis dieser Symptome: „Wir sind in eine neue Welt-Unordnung gestolpert“, sagte er in Anspielung auf George Bushs Ankündigung einer neuen Weltordnung. Menschenleben hätten in dieser neuen Unordnung unterschiedlichen Wert, ganz unten seien die Menschen aus dem Afrika südlich der Sahara.

Das Grundproblem bei humanitären Katastrophen verortete Dallaire in einem „Mangel an politischem Willen“ seitens der internationalen Staatengemeinschaft. Gefordert seien neue Kon-

fliktlösungsmechanismen und mehr Ursachenbekämpfung. „Wenn ich weiß, wie ich Kinder davor schützen kann, als Soldaten rekrutiert und trainiert zu werden, kann ich die Waffe Kindersoldaten neutralisieren, ohne Menschenleben zu riskieren“, sagte Dallaire. Er verwies beispielhaft auf die Arbeit von „Clowns ohne Grenzen“ und plädierte in diesem Zusammenhang auch für die Kooperation und den Informationsaustausch zwischen Militär und Hilfsorganisationen.

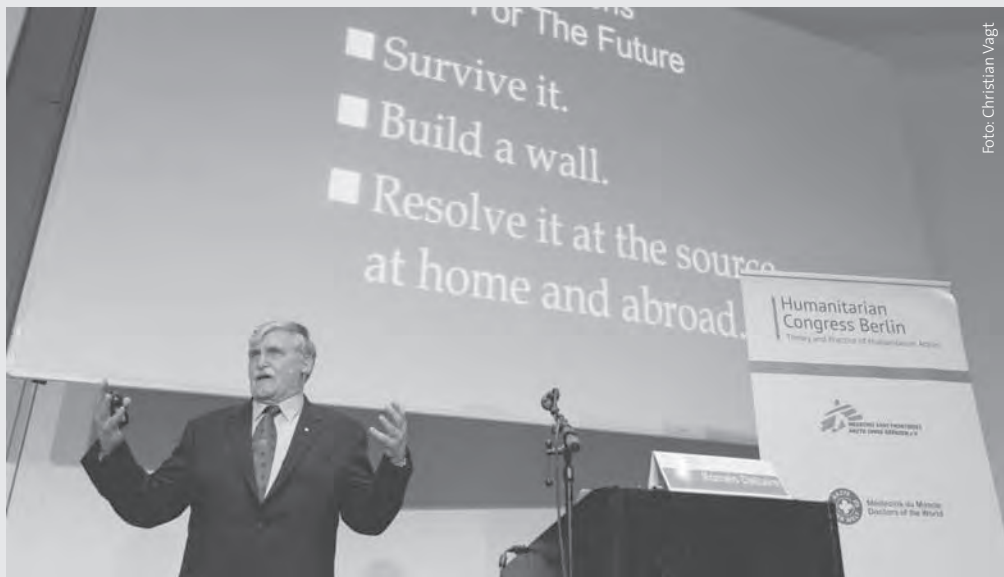
Ob Ruanda in den 90er Jahren, oder aktuell Westafrika und Syrien: „Diese Katastrophen sind keine Tsunamis. Sie sind von Menschen gemacht, und könnten von Menschen verhindert werden.“ Darauf wies Kammerpräsident Günther Jonitz bei der Eröffnung des Kongresses mit dem Titel „Schutz – ein gebrochenes Versprechen?“ hin, der von der Ärztekammer Berlin mitveranstaltet wurde. Beherrschendes Thema in vielen Einzelveranstaltungen war die Ebola-Epidemie in Westafrika.

Meinie Nicolai von der belgischen Sektion von Ärzte ohne Grenzen forderte ein deutlich stärkeres Engagement der UN-Mitgliedsstaaten in den betroffenen Ländern. Vor allem Mittelmächte wie Deutschland könnten – und müssten – nach Nicolais Auffassung viel mehr tun. Ärzte ohne Grenzen betreibt insgesamt sechs Ebola-Behandlungszentren in Westafrika. Mehr Kapazitäten gebe es nicht, sonst könne die Sicherheit der Helfer nicht mehr gewährleistet werden, warnte Nicolai. Erstmals in ihrer Geschichte hat die Hilfsorganisation daher militärische Hilfe angefordert, wie der Tropenmediziner Florian Steiner von der Charité berichtete. Nicolai kritisierte die Haltung von UN und Weltgesundheitsorganisation WHO mit Blick auf Ebola. Vor allem die WHO habe zu spät und zu schwach reagiert. Ein Ausbruch falle oft zwischen die Stühle der Zuständigkeiten, so Nicolai.

Vor großen Problemen stehen die Hilfsorganisationen aber auch in und um Syrien. Dort hat der Bürgerkrieg inzwischen rund zehn Millionen Menschen zur

Flucht getrieben. Das Flüchtlingshilfswerk UNHCR der Vereinten Nationen geht davon aus, dass im Land selbst 6,5 Millionen Menschen auf der Flucht sind. Dabei war Syrien vor dem Bürgerkrieg selbst ein Zufluchtsland. Unter den Flüchtlingen sind daher viele Mehrfachvertriebene. „Es gab nie größeren Bedarf an materieller und humanitärer Hilfe“, sagte Louise Aubin vom UNHCR. Doch oft erhalten die Helfer keinen Zugang. Darüber müsse jeden Tag neu verhandelt werden. Neben den aktuellen Krisen thematisierte der Kongress auch Fachthemen wie die Evaluation von Humanitären Aktionen in Krisensituationen, die mentale Gesundheit im Feld oder Genderfragen bei Humanitären Einsätzen. Daneben standen Fallstudien aus der Zentralafrikanischen Republik und aus Sri Lanka auf dem Programm. Nicht zuletzt bot der Kongress umfassende Informationen für Ärzte und andere Interessierte, die sich humanitär engagieren möchten.

Angela Mißbeck



Ex-General Roméo Dallaire begeisterte die Zuhörer.

Foto: Christian Vagot

Delegation

Delegation aus Moldawien zu Besuch in der Ärztekammer Berlin

Mit dem Ziel, die „Europäische Gesundheitspolitik als Chance und Herausforderung“ kennenzulernen, bereiste eine Delegation aus der Republik Moldau vom 12. bis 25. Oktober 2014 Leipzig und Berlin und besuchte hier zentrale Einrichtungen des Gesundheitswesens. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und der Universität Leipzig hatte das Moldova-Institut Leipzig für die 13 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, zur Hälfte Mediziner, die Reise als „Herbstschule“ organisiert und ein wahrhaft ambitioniertes Programm zusammengestellt. Voraussetzung für jeden Teilnehmer waren ausgezeichnete Kenntnisse der deutschen Sprache, die sich rasch unter Beweis stellten und jede Hürde der Kommunikation leicht überwinden ließen. So waren Fachthemen wie die „Europäische Gesundheitspolitik“, „Gesundheitswesen in Deutschland: Forschung und Innovation“ oder auch das Thema „Internationale Zusammenarbeit“ und „Patientenrechte“, die in der Uniklinik Leipzig und im Bundesministerium für Gesundheit vorgestellt wurden, für die Teilnehmer sprachlich zumindest leicht zugänglich.

Am 22.10.2014 stand die Ärztekammer Berlin auf der Agenda. Kammerpräsident Günther Jonitz und Geschäftsführer Michael Hahn nahmen die Delegation in Empfang und ermöglichten der interessierten Runde zunächst einen Rundumblick in das Thema ärztliche Selbstverwaltung und Standesvertretung. Für den eigentlichen Anlass des Kammerbesuches, eine Einführung in das Thema „Patientensicherheit“ vermittelt zu bekommen, stand im Anschluss Präsident Jonitz sehr gern zur Verfügung.



Foto: S. Rudat

Als ehemaliger Initiator und Gründungsmitglied des Aktionsbündnisses Patientensicherheit hatte die Delegation die Gelegenheit, einen ausgewiesenen Fachexperten und seine persönlichen Erfahrungen auf diesem Gebiet kennenzulernen. Seine zentrale Botschaft

an die jungen Kollegen aus Südosteuropa: „Man muss keine Angst haben, über das Thema Fehler zu reden. Die neue Generation hat die Gelegenheit, Fehler nicht zu wiederholen.“ In anderthalb Stunden hatten die 13 moldawischen Besucher einen ersten umfas-

senden Einblick in den Themenkomplex Patientensicherheit erhalten und anschließend noch die Möglichkeit, Fragen zu Themen wie Fehlerberichtssysteme (CIRS), Krankenkassenwesen in Deutschland und zur Organisation des Kammerwesens zu stellen. *mpe*

Gesundheitspolitik

Ärztekammer Berlin kritisiert Vorstoß zum „Tarifeinheitsgesetz“

Die Ärztekammer Berlin hat das Gesetzesvorhaben der Bundesregierung zur „Herstellung gesetzlicher Tarifeinheit“ kritisiert, „das nur als Beitrag zur Unterwanderung grundgesetzlicher Werte verstanden werden kann“, wie Kammerpräsident Günther Jonitz erklärte. Durch die vorgesehene „Zwangsvergemeinschaftung“ von Gewerkschaften würden verfassungsrechtliche Grundrechte eingeschränkt und die Freiheit der Berufsausübung, die sich auch im Streikrecht manifestiert, ausgehöhlt. Eine Forderung an die Arbeitgeber bleibt gleichzeitig aus. So wer-

den die Arbeitgeber nicht gesetzlich gezwungen, Tarifverträge durch die jeweils größte Arbeitgebervereinigung abzuschließen. Hier wird das Gleichheitsgebot massiv unterlaufen. Die „gesetzliche Tarifeinheit“ ist somit eine reine Zwangsmaßnahme zu Lasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

Das wird konsequenterweise dazu führen, dass sich die Arbeitsbedingungen der für die Patientenversorgung hauptverantwortlichen Berufsgruppe im Krankenhaus verschlechtern werden. „Dies

stellt eine Entmündigung aller Krankenhausärztinnen und -ärzte dar, die nicht ohne Folgen bleiben wird“, so Jonitz weiter. „Dienst nach Vorschrift inklusive der derzeit praktisch nie stattfindenden geregelten Pausen und eine weitere Demotivierung wird die Patientenversorgung und die Betreuung von Angehörigen weiter einschränken. Frau Nahles leistet mit diesem Vorstoß einen brisanten Beitrag zur weichen Rationierung medizinischer Leistungen, zum Ärztemangel und der Industrialisierung der Patientenversorgung“, fügte Jonitz hinzu.

Medizin einüben mit Netz und doppeltem Boden

Für das praktische Training in der medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung müssen heute keine echten Patienten mehr herhalten. Die Möglichkeiten der Simulation in der Medizin sind inzwischen weit ausgereift. Das bringt die Patientensicherheit um Meilen voran. Deshalb will die Ärztekammer Berlin die Hauptstadt zu einem Leuchtturm der Simulationsmedizin machen.

Von Angela Mißlbeck



Ein riesiges iPad in Form eines Tisches erweckt ein virtuelles Kind zum Leben. Dem rund 1,20 Meter großen Kind auf dem Touchscreen geht es richtig schlecht. Es liegt nur schlapp da. Mit einem Fingerwisch wird es an den Vitalmonitor angeschlossen: Herzfrequenz 160, Atemfrequenz 35, Blutdruck 77. „Was machen wir denn da?“, fragt Ulrich von Zadow, Informatiker der Firma Archimedes, die den iPad-Tisch gemeinsam mit der Charité entwickelt hat.

Gedacht ist der virtuelle Untersuchungstisch für ein Vierer-Team. „Die müssen auch interagieren, um das Problem zu lösen“, sagt von Zadow. Erst wird ein Zugang gelegt, dann Fieber gemessen, ein Spatelabstrich aus dem Mund genommen und Blut abgenommen. Mehrere Hände können gleichzeitig etwas machen. Das Baby ist von Kopf bis Fuß mit Punkten übersät. Die werden während der Untersuchung langsam immer mehr. „Kaum einer bemerkt das“, so von Zadow. Doch wenn ein Team gut zusammenarbeitet, steigen die Chancen, dass das wichtige Symptom bemerkt wird. Am Ende steht die Diagnose Meningitis.

Teamtraining am iPad-Tisch

„Der Tisch funktioniert wirklich gut zum Teamtraining“, sagt Kai Sostmann, der das ausgezeichnete E-Learning-Entwicklungsprojekt unter dem Titel „SimMed“ an der Charité betreut. An dem iPad-ähnlichen Tisch mit 120 cm Durchmesser trainiert ein Team aus mehreren Pädiatern und Pflegekräften. Ein erfahrener ärztlicher Kollege begleitet sie als Trainer. Die virtuelle Patientin wird durch das Trainingssystem vorgestellt. Für die Notfallversorgung bleibt dem Team eine Viertelstunde. Anschließend erfolgt ein Debriefing mit Feedback durch den Trainer am SimMed-Tisch, der alle Behandlungsschritte aufgezeichnet hat.

Die Charité setzt die hochmoderne Entwicklung, die in der Kategorie „Serious Games“ läuft, zum Training von Ärzten



Ein virtuelles Kind in der Charité

und Pflegekräften in allen Ausbildungsstufen ein. Studierende, Assistenzärzte und Fachärzte aus der Uniklinik können sich daran erproben. Sie üben vor allem Notfälle und Komplikationen. „Simulationstraining an diesem System dient uns dazu, den Umgang mit seltenen Situationen und besonders schweren Folgen in den Teams zu trainieren“, sagt Sostmann. An der Charité fangen damit schon die Studenten an. Im Modellstudiengang Medizin an Deutschlands beliebtester Uniklinik gehören Simulationen seit langem selbstverständlich dazu. Schon im Reformstudiengang der 60er Jahre behandelten die Charité-Studenten Simulationspatienten. Dabei erproben sie sich zum Beispiel darin, schlechte Nachrichten zu überbringen.

Lerntechnik mit Tradition

„Der Nächste bitte!“ In ihrer Rolle als Assistenzärztin in der Hausarztpraxis öffnet die Studentin im achten Semester die Tür, stellt sich vor und begrüßt die rund 50-jährige Frau mit einem Lächeln. Die bringt aber kaum ein Wort heraus. Schnell ist klar: Sie leidet nach einem Schlaganfall an Aphasie. Die Studentin hat die Aufgabe, die aktuellen Beschwerden der Patientin zu erheben, das Ereignis und die jetzige Situation zu erfragen und eine detaillierte Diagnose zu stellen.

Weil die „Patientin“ wirklich nur einzelne Wörter und auch die nur sehr langsam herausbringt, wechselt die „Assistenzärztin“ bald von offenen Fragen, wie: „Was ist passiert?“ zu geschlossenen Fragen, die mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. „Sie hatten einen Schlaganfall?“ „Jetzt sind sie zuhause?“ „Leben Sie allein?“. Das schildert die Schauspielerin im Feedback als sehr entlastend. Auch die freundliche Begrüßung würdigt sie.

Nach der Schauspielerin sind die sechs Kommilitonen im Raum mit Feedback an der Reihe. Jeder aus der Lerngruppe hat andere Aspekte des Arzt-Patienten-Gesprächs beobachtet. Gesprächsbeginn, Problemexploration, Verständnis für die Patientenperspektive, Struktur der Konsultation, Beziehungsaufbau, Konsultationsende. Die Studienkollegen geben fast nur positive Rückmeldung. Die Studentin hat ihre Sache gut gemacht.

Dozentin Karin Hoffmann, ihres Zeichens psychologische Psychotherapeutin, bestätigt, dass das Gespräch gut geführt wurde, weist aber auch darauf hin, dass Feedback auch Kritik enthalten darf. Sie fragt die Studentin, wie es ihr ging (aufgeregt) und ob sie noch aufnahmefähig ist (ja). Dann erst bringt sie ihre Kritikpunkte an.

Selbstkenntnis als Lerninhalt

„Ich bin sehr überzeugt von der Methode“, sagt Karin Hoffmann. Auch die Rückmeldungen der Ärzte, bei denen die Studenten später arbeiten, seien positiv, berichtet Hoffmann.

An einem Punkt bricht das praktische Training ganz deutlich mit der herkömmlichen Medizinerbildung. Traditionell galt die Devise, dass ein guter Arzt seine eigenen Bedürfnisse ignorieren kann. Egal ob er Hunger hat, zum Umfallen müde ist oder dringend auf die Toilette muss – erst muss die Operation abgeschlossen werden. Die eigenen Bedürfnisse stehen hinten an. Dagegen lernen die Studenten in der Simulation, darauf zu achten, wie es ihnen selbst geht. Darauf legt auch die Dozentin großen Wert.

Für die Berliner Medizinstudierenden gehört das mittlerweile selbstverständlich zur Ausbildung. Etwa einmal pro Jahr erprobt sich jeder Charité-Student in einer simulierten Situation. Rund 150 Simulationspatienten von 18 bis 80 Jahren mit etwa 200 verschiedenen Rollen stehen dafür im Simulationspatienten-

programm der Abteilung für Curriculumsorganisation zur Verfügung. Etwa 6.000 Einsätze haben sie jedes Jahr – nicht nur im Studium, sondern auch bei Fort- und Weiterbildungen.

„Der aus meiner Sicht wichtigste Aspekt ist, dass die Simulationspatienten Rückmeldung geben, wie der Arzt auf sie gewirkt hat. Das hilft den Trainees ein Bewusstsein dafür zu entwickeln, was sie gut und was aus der Perspektive der Patienten hilfreich ist“, sagt Dr. Henrike Hölzer, Leiterin des Simulationspatientenprogramms der Charité. Die Methode ist mittlerweile so ausgereift, dass sie bereits bei Prüfungen eingesetzt wird. Dann erhalten die Schauspieler sehr detaillierte Drehbücher, damit die Situation standardisiert wird.

Charité-Studenten gehen voran

Das Simulationspatientenprogramm ist der traditionsreichste Baustein im breiten Angebot an medizinischer Simulation der Berliner Uniklinik. Im Lernzentrum am Campus Mitte gibt es viele weitere Möglichkeiten. Sie reichen von Puppen zur Reanimation und für die Geburtsmedizin über hybride Simula-

Kurze Geschichte der Simulation in der Medizin

- 1963 Erstmals mimen Schauspieler zu Trainingszwecken Patienten
- 1960er Jahre: Erste Reanimationspuppen für das Notfalltraining werden entwickelt
- 1991 Gründung der Association of Standardized Patients (heute: Association of Standardized Patients Educators)
- 1993 Gründung der Society in Europe for Simulation applied to Medicine
- 1999 Gründung des Lernzentrums an der Charité als erstes Simulationszentrum bundesweit
- 2004 Gründung der Society for Simulation in Health Care
- 2006 erste Ausgabe der wissenschaftlichen Fachzeitschrift „Simulation in Health Care“ erscheint
- 2014 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Simulationsmedizin

tion oder sogenannte Part Task Trainer, wie zum Beispiel ein Pad zum Üben von Nahttechniken, das ein Patient anschnallt, oder ein Brustmodell zum Erasten von Knoten, das eine Schauspielerin umlegt, bis hin zu Computersimulationen, unter anderem für die Endoskopie. Ganz neu sind seit diesem Wintersemester komplette Simulationsoberflächen mit Kameras für die Aufzeichnung der Simulationen. Dazu zählen unter anderem ein Rettungswagen, ein Simulations-OP mit Schockraum und eine Hausarztpraxis.

Die ärztliche Leiterin des Lernzentrums Dr. Dorothea Eisenmann sagt: „Ich denke, dass es ganz wichtig ist, den Studierenden einen Raum zu geben, wo sie sich und ihre Fähigkeiten erproben können und Fehler machen dürfen, ohne dass das schlimme Folgen hat. Das ist auch ein riesiger Schritt für die Patientensicherheit.“



Simuliertes Arzt-Patienten-Gespräch



aufzeichnungen von Operationen mit Erläuterungen. Das gilt vor allem für minimalinvasive Operationstechniken wie Laparoskopie und Endoskopie. Das freie Training dieser Techniken im Skills Lab oder Simulationszentrum gibt der Lernkurve auf diesem Gebiet einen deutlich steileren Schwung.

Spektrum wächst stetig

Mit den technischen Möglichkeiten der Simulation sind auch ihre Einsatzgebiete gewachsen. Je nachdem was gelernt werden soll, kommen unterschiedliche Techniken zum Einsatz: Kommunikative Fähigkeiten durch Rollenspiele oder handwerkliche Fertigkeiten mit technisch ausgereiften Geräten und Computer-„Spielen“. Die sogenannten Manikins – Puppen mit allen physiologischen Funktionen – werden vor allem in der Anästhesie, Intensivmedizin, Chirurgie und Gynäkologie eingesetzt. Sie eignen sich besonders um Krisensituationen zu trainieren. Wenn ganze Teams in einer sogenannten Full Scale Simulation an ihnen arbeiten, wird Team- und Kommunikationstraining praktisch nebenbei vermittelt.

Soft Skills sind Erfolgsfaktoren

Die Bedeutung dieser sogenannten Soft Skills für den Behandlungserfolg ist inzwischen unbestritten. Viele Behandlungsfehler lassen sich vermeiden, wenn Kommunikation und Zusammenarbeit im Behandlungsteam gut funktionieren. Feststeht aber auch, dass das mit einem einmaligen Training nicht erreicht wird.

Daher finden Simulationen auch in die Weiter- und Fortbildung langsam Eingang. So bietet die Ärztekammer Berlin Fortbildungen mit Simulationen an. Ein Training mit Schauspielern ist fester Bestandteil beim Kurs „Qualitätsmanagement“ der Kammer. Beim Kurs „Ärztliche Führung“ für Ärzte als

Forschung für neues Lernen

Für die Assistenz- und Fachärzte aus den Kliniken der Charité gibt es zusätzlich das Simulationszentrum. Dort können sie fachspezifische Fertigkeiten trainieren. Das Zentrum ist unter dem Dach der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin angesiedelt. Es macht nicht nur Simulationen zu Trainingszwecken, sondern erforscht sie auch.

Forschung über Simulationsmedizin gewinnt in dem Maß an Bedeutung, wie Simulationen in der Medizin immer größere Verbreitung finden. Schon längst ist die Charité nicht mehr die einzige

Uniklinik, die Simulationen einsetzt. Fast alle Medizinischen Fakultäten haben sogenannte Skills Labs eingerichtet, in denen das Training praktischer Fertigkeiten im Vordergrund steht. Sie reagieren damit nicht zuletzt auch auf die Kritik, dass Medizinstudenten zwar viel wissen, aber praktisch kaum etwas können, wenn sie von der Uni kommen. Zudem setzen die Universitäten bei der Mediziner Ausbildung zunehmend auf die Erkenntnis, dass Lernen mit Simulationen mehr Spaß macht als reines Zusehen.

Zu beobachten ist auch, dass praktische Übungen einen nachhaltigeren Lerneffekt bewirken als zum Beispiel Video-

Führungskräfte wird im Rollenspiel trainiert. „Wir arbeiten dran, dass das Thema nontechnical skills sich künftig auch im allgemeinen Teil der Weiterbildungsordnung wiederfindet“, kündigt Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz an. Geplant sind zudem „Train the Trainer“-Seminare für Weiterbildungsbefugte.

Auch bei den Kliniken scheint das Potenzial der Simulationsmedizin nun anerkannt. „Fast alle Häuser haben inzwischen erkannt, dass es besser läuft, wenn sie ihre Leute regelmäßig ins Trainingszentrum schicken“, sagt Jonitz. Der positive Nebeneffekt: „Jeder lernt neben der Technik auch etwas über sich selbst. Simulation verändert Menschen, indem sie sie bereichert. Sie gibt ihnen Gelegenheit sich selbst auszuprobieren, ohne dass Fehler gleich schwerwiegende Folgen haben“, sagt Jonitz. Insofern leiste Simulation auch einen Beitrag zur Humanisierung des Gesundheitswesens.



Simulationszentrum für Berlin geplant

Mit dieser Überzeugung arbeitet der Kammerpräsident seit einiger Zeit darauf hin, ein einrichtungsübergreifendes Simulationszentrum in Berlin zu errichten. Sinnvoll erscheint es ihm, dass das Zentrum als Kooperationsprojekt von Vivantes und Charité mit der Ärztekammer Berlin als Mitgesellschafter mit einem Netzwerkbüro startet. Nach und nach könnte dann alles räumlich zusammengeführt werden. Zunächst geht es „nur“ darum, alles unter einem Dach zusammenzufassen, was in der Hauptstadt in Sachen Simulationsmedizin bereits vorhanden ist. Doch das ist nicht wenig – im Gegenteil: Berlin verfügt bereits jetzt über ein einzigartig breites Spektrum an Simulationsmöglichkeiten. Das zeigt schon das umfangreiche Spektrum an der Charité. Auch am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) gibt es ein Zentrum für Notfalltraining, das zum Beispiel Full Scale Simulationen für Rettungs-Teams mit einer Reanimationspuppe auf neuestem technischen Stand am Notarzteinsatzfahrzeug anbietet. Bei

Vivantes lässt sich im Spandauer Endoscopic Training Center (ETC) die Endoskopie am Simulator trainieren. Zusätzlich finden regelmäßige Übungen für Notfall- und Katastrophenszenarien statt. Im Bereich „Notfallmanagement“ hat das Vivantes-interne Institut für Fort- und Weiterbildung in diesem Jahr zehn verschiedene Fortbildungen jeweils mehrfach im Angebot. Das Spektrum reicht von der „Alarm- und Einsatzplanung für Großschadensfälle“ bis zum „Reanimationstraining“.

Helios hat sein konzerneigenes, bundesweites Simulationsprogramm, das ein ähnlich breites Trainingsspektrum bietet wie die Charité. Allein im vergangenen Jahr hat der Konzern mehr als 2.500 Mitarbeiter an insgesamt über 300 Tagen in Teamtrainings geschult. Sämtliche Anästhesisten und Intensivmediziner bei Helios nehmen bereits seit 2011 einmal pro Jahr an einer Full Scale Simulation teil, die von externen Partnern in den Helios-Kliniken durchgeführt wird. Zwischenfallmanagement wird in den Helios Kliniken auch im Bereich Herzkatheter,

Endoskopie und Geburtshilfe trainiert. Für junge Ärzte in der Weiterbildung hält der Konzern elf Task-Trainer-Simulatoren vor, an denen sich grundlegende Techniken einüben lassen.

„Die Simulatoren reisen in die Kliniken“, sagt Waltraud Georg, die das Programm in der zentralen Helios Akademie leitet. Sie verzeichnet sehr viele Anfragen nach den Geräten und durchweg positive Resonanz auf das Teamtraining. „Wir diskutieren daher, wie wir das Programm ausweiten können“, sagt sie. Besonders beim Teamtraining stellt Georg auch langfristige Lerneffekte fest. So würden die Auswertungen der Simulationen zeigen, dass die Ärzte im Team Vorschläge und Einwände der Pflegekräfte besser wahrnehmen als vor diesen Trainingseinheiten.

Die Helios-Programmleiterin begrüßt „unbedingt“, dass Simulation in der Ausbildung zunehmend fester verankert wird, sieht aber großen Nachholbedarf in der Weiterbildung. „Bestimmte Grundfertigkeiten kann und darf man einfach nicht am Patienten einüben“, sagt Georg.

Berliner begrüßen Kammerpläne

Simulationsmedizin in der Weiter- und Fortbildung voranbringen soll auch das Medizinische Simulationszentrum Berlin (MSB), das die Ärztekammer Berlin nun anschieben will. Die Pläne für solch ein Zentrum stoßen überall auf offene Ohren. ukb-Chef Professor Axel Ekkernkamp sagt: „Die Bemühungen der Ärztekammer sind dringend zu begrüßen.“ Die Charité bekräftigt, dass das Feld einen immer größeren Stellenwert erhält und zusätzliche Angebote nötig sind. „Moderne medizinische Eingriffe erfordern ein immer höheres Maß an persönlichen und technischen Fertigkeiten, die nicht nur erlernt sondern auch ständig trainiert werden müssen“, so Charité-Chef Professor Karl Max Einhäupl. Er bestätigt ebenso wie Vivantes-Chefin Dr. Andrea Grebe, dass die beiden Berliner Großkliniken miteinander und mit der Ärztekammer Berlin im Gespräch sind.

Das Berliner Trainingszentrum soll nicht nur Ärzten, sondern auch Vertretern anderer Gesundheitsberufe mehr Gelegenheit zum Üben geben. Jonitz zeigt sich überzeugt: „Allein die wachsende Komplexität der Medizin und die Zunahme der Herausforderungen macht neue Wege in der Qualifikation von Gesundheitspersonal notwendig.“

Deshalb erwägt die Berliner Kammer auch, Simulationen künftig in die Facharzt-Prüfungen zu integrieren. Damit würde sie Neuland beschreiten. Denn bisher sind Simulationen in der Weiterbildung nicht vorgesehen. Eine kleine Ausnahme macht das Saarland. In dem kleinsten Bundesland kann ein Teil der Notarzteinsätze, die für die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin gefordert werden, schon jetzt durch Simulationen ersetzt werden.

Angela Mißbeck

Journalistin in Berlin mit Schwerpunkt Gesundheitswesen

„Simulationsmedizin muss auch in Deutschland aus den Kinderschuhen herauswachsen“

Seit Sommer gibt es in Deutschland eine eigene Gesellschaft für Simulationsmedizin (DGSiM). Gründungsvorstand Dr. Markus Rall leitet das Institut für Patientensicherheit (InPASS) in Reutlingen und hat während seiner 17-jährigen Tätigkeit an der Uniklinik Tübingen das dortige Simulationszentrum aufgebaut. Auch beim Aufbau der europäischen Simulations-Instruktorenkurse (EuSim) hat er mitgewirkt. Mit dem Experten für Patientensicherheit und Simulationsmedizin sprach Angela Mißbeck für BERLINER ÄRZTE.

BERLINER ÄRZTE (BÄ): Simulationsmedizin ist ein Querschnittsgebiet – warum haben Sie eine eigene Gesellschaft zur Förderung der Simulation gegründet?

Dr. Markus Rall (Rall): Eben deswegen: Simulation wird vor allem nebenamtlich gemacht, neben der Tätigkeit als Anästhesist, Chirurg oder Gynäkologe. Engagierte Anästhesisten haben die Simulation in der Anästhesie vorangebracht. Aber die Simulation bekommt insgesamt bislang wenig politische Unterstützung. Das wollen wir ändern. Dazu ist eine fächerübergreifende Organisation nötig. Sie soll umgekehrt wiederum auch die Leute unterstützen, die in ihren Fächern Simulation anbieten, zum Beispiel durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit oder fachübergreifende Standards für Simulationen.

BÄ: Was will die DGSiM erreichen?

Rall: Unser Ziel ist es, Simulation in den Weiterbildungs- und Ausbildungsordnungen zu verankern, damit sie systematischer Bestandteil der Aus- und Weiterbildung wird. Jeder Medizinstudent sollte in Teamtrainings und Zwischenfallszenarien geschult werden, er sollte auch lernen, wie er kritische Informationen vermittelt. Auch Pflegekräfte und Techniker müssen das lernen. Simulation ist für uns ein Tool, um gewisse Inhalte zu vermitteln. Die Hauptinhalte sind die menschlichen Faktoren (human factors) und Situationen, die selten vorkommen.

BÄ: Wie weit sind die Strukturen hierzulande denn entwickelt?

Rall: Sie stecken absolut in den Kinderschuhen. Vieles wird in der Freizeit und mit starkem Ressourcenmangel organisiert. Es gibt kaum professionelle Instruktoren. Im angloamerikanischen Raum, in den USA, in Kanada aber auch Australien ist man da schon viel weiter. Dort ist Simulation viel stärker verbreitet und es gibt viele Leute, die das professionell machen. So hat jede größere Klinik in den USA ein eigenes, gut frequentiertes Simulationszentrum. Wir sind dagegen weit weg von professionellen Simulationsprogrammen. Das liegt auch daran, dass Simulation nirgends gefordert wird. In keiner medizinischen Ausbildung muss man ein Simulationstraining nachweisen. Sie wird noch nicht mal von den Fachgesellschaften empfohlen, weil die unter anderem Angst haben ihre Mitglieder zu verärgern, wenn sie zusätzliche Auflagen für die Aus- und Weiterbildung erheben. Eine Ausnahme macht die DGAI, die für die Anästhesisten festlegt, welche Inhalte mit Simulationen belegt sein sollen. Nötig wären zum einen Qualitätsstandards für Simulationsprogramme, aber auch mehr Ressourcen und eine Verpflichtung zu Simulationen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung.

BÄ: Sie halten Simulation für derart wichtig, dass Sie sie zur Pflicht machen wollen?

Rall: Die Situation ist dramatisch: Jedes Jahr gibt es 20.000 bis 30.000 vermeidbare Todesfälle. Bekannt ist, dass

Dr. Markus Rall,
Leiter des Instituts
für Patientensicherheit
(InPASS) in Reutlingen



60 bis 70 Prozent der Zwischenfälle im Bereich der menschlichen Faktoren liegen. Aber wir haben derzeit keine Ausbildung auf diesem Feld. Idealerweise sollte z.B. jeder Notarzt viermal im Jahr trainieren: Einmal trainiert er Geburtsnotfälle, einmal Kindernotfälle, einmal normale Notfälle und einmal seltene Komplikationen. Lufthansa-Piloten gehen übrigens seit langem viermal pro Jahr in den Flugsimulator. Und bei denen treten weniger Komplikationen auf als bei Ärzten. Dabei bin ich überzeugt, dass ein Airbus leichter zu managen ist als ein kranker Patient. Es gibt kein derart wissensintensives Gebiet wie die Medizin, das mit so wenig praktischer Fortbildung verbunden ist. Aber natürlich muss man dazu die entsprechenden Rahmenbedingungen schaffen.

BÄ: Und die wären?

Rall: Die Krankenkassen müssen Ressourcen bereitstellen. Statt für die Folgen von Behandlungsfehlern sollten sie lieber für die Prävention von Behandlungsfehlern zahlen. Simulationen sind nicht teuer. Ein Tag gutes Training für zehn bis zwölf Teilnehmer kostet nur etwa 400 Euro pro Teilnehmer.

BÄ: Was zeichnet denn ein gutes Simulationstraining aus?

Rall: Es kommt auf die Instrukoren an, mehr als auf die Hardware. Gutes Training findet mit qualifizierten Instrukoren aus dem Fachgebiet der Teilnehmer statt. Beim Training eines Anästhesieteams sind die Instrukoren Anästhesisten, Pflegekräfte und Techniker. Sie brauchen eine gute Schulung auf dem Gebiet der menschlichen Faktoren und für die Durchführung von Debriefings (Erl. s.u., die Red.). Auf diesem Gebiet gibt es bis jetzt abgesehen von wenigen Ausnahmen praktisch keine Profis. In vielen Fällen werden Simulationen von Nebenamtlern geleitet. Der Fokus muss auf die Qualifizierung der Instrukoren gerichtet werden, sonst bleibt jedes Training flach.

BÄ: Woraus besteht ein gutes Simulationstraining?

Rall: Zu einem Training gehört eine Einführung in Simulation, ein Vortrag über Human Factors und Crew Resource Management, eine Einführung in das Simulationssetting, ein Szenario, das an die Trainingsbedarfsanalyse angepasst ist und – ganz wichtig – das Debriefing. In

dieser Nachbesprechung reflektiert der Profi sein eigenes Verhalten, diskutiert es im Kollegenkreis, lernt Alternativen kennen und probiert die in der nächsten Simulation wieder aus. Die DGSiM will zur Qualitätssicherung in der Simulation noch detaillierte Kriterien erarbeiten. Fest steht jedenfalls: Es reicht nicht aus, eine alte Reanimationspuppe anzuschaffen und die Teams ohne Anleitung darauf loszulassen.

Glossar

Crew Ressource Management:

Der Begriff kommt aus der Luftfahrt. Dort beschreibt er die Schulung für Flugzeugbesatzungen in nicht-technischen Fertigkeiten, um Unfällen aufgrund von menschlichem Versagen vorzubeugen.

Debriefing:

Besprechung der trainierten Situation mit Rückmeldungen des Trainers an die Teilnehmer, gegenseitigen Rückmeldungen und einer Reflexion des eigenen Erlebens der trainierten Rolle.

Human Factor:

Menschliche Einflussgröße, Humanfaktor. Der Begriff fasst die psychischen, kognitiven und sozialen Einflüsse in komplexen Mensch-Technik-Interaktionen zusammen.

Full Scale Simulation:

Realitätsnahe Nachbildung einer komplexen Situation zu Trainingszwecken. Trainiert wird meist mit technisch ausgereiften Patientenspinnen mit allen physiologischen Funktionen in lebensstreuem Simulationsflächen wie Rettungswagen oder Schockraum.

Skills Lab:

Raum, der vor allem Medizinstudenten das Training bestimmter Fertigkeiten (Skills) ermöglicht. Im Vordergrund stehen handwerklich, technische Übungen an Geräten.

COPD – Rauchstopp als Chance

Der Welt-COPD Tag wurde im November 2002 von der „Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD)“ ins Leben gerufen und fand am 19. November 2014 zum 13. Mal statt. Ein Zusammenschluss aus Medizinerinnen, Gesundheitsorganisationen, Patientenvereinigungen und staatlichen Einrichtungen weckt und stärkt auf diese Weise das Bewusstsein für die Erkrankung COPD in über 50 Ländern der Erde.



November 19, 2014

Die Prävalenz der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) nimmt in Deutschland weiter zu. Aktuell sind ca. 7 Millionen Menschen an einer COPD erkrankt. Eine frühe Therapie und Diagnose lohnen sich, die Betroffenen können gezielt aktiv werden und sich ihre Lebensqualität bestmöglich erhalten. Tabakrauchen ist der Hauptrisikofaktor für die Entstehung einer COPD und auch Passivrauchbelastung führt zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko. Um den fortschreitenden Verlust der Lungenfunktion wirkungsvoll zu verlangsamen, ist neben sportlicher Aktivität und medikamentöser Therapie der wichtigste Schritt der konsequente Rauchstopp.

Eine Information und Motivation zu Tabakentwöhnung und Rauchstopp muss für jede Ärztin, jeden Arzt obligatorisch im Patientengespräch zu COPD sein. Die beiden Beiträge von Prof. Dr. Pankow und Dr. Hering unterstützen dieses Anliegen, bieten Information und vor allem: Motivieren, sich dieser Aufgabe anzunehmen!

COPD: Vom Krankenhaus-aufenthalt zum Rauchstopp

Empfehlung aus Sicht des Vivantes Instituts für Rauchentwöhnung

Die COPD ist mit dem Lungenkarzinom die wichtigste potentiell vermeidbare Lungenkrankheit. In Deutschland nimmt der Anteil der Raucher in der Bevölkerung ab. Dennoch wird die COPD-Prävalenz durch die demographische Entwicklung nur langsam zurückgehen. Die Klinik ist charakterisiert durch chronischen Husten und Luftnot in Verbindung mit einer fortschreitenden Atemwegsobstruktion und

Lungenüberblähung. Die Erkrankung ist besonders bei fortgesetztem Rauchen progredient und kann in eine respiratorische Insuffizienz münden.

Ein weiteres Merkmal ist die Neigung zu Exazerbationen, die häufig durch virale, seltener bakterielle respiratorische Infekte ausgelöst werden. In dieser Situation kann sich die respiratorische Situation so stark verschlechtern, dass eine Krankenhausbehandlung nötig wird. Tatsächlich gehört die exazerbierte COPD mit zu den häufigsten Krankenseinweisungen. Für den nachstationären Krankheitsverlauf ist der weitere Tabakkonsum Prognose bestimmend.

Deshalb gehört zu unserem Therapiekonzept neben der Akuttherapie auch die Tertiärprävention. Dazu wird bei jedem Patienten eine kurze Anamnese des Rauchverhaltens erhoben. Nikotinabhängige Patienten erhalten das Angebot für eine medikamentöse Therapie mit Nikotinersatzpräparaten oder Vareniclin. Integraler Bestandteil unserer Behandlung ist auch eine Kurzberatung durch unsere Psychologin Dr. Vitzthum. In einem Gespräch am Krankenbett erkundet sie das Rauchverhalten und die Veränderungsbereitschaft, gibt Ratschläge zur Tabakentwöhnung und informiert über weitergehende Therapieangebote.

Unserer Erfahrung nach ist unter den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und natürlich mehr noch bei den Patienten die Kenntnis über die strukturierte Tabakentwöhnung noch unzureichend. Allein die einfache Aufforderung des Arztes, das Rauchen zu beenden, verdoppelt die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient mit dem Rauchen aufhört. Leider

ist das im Alltag einer ärztlichen Praxis nur schwer erfahrbare, weil die Ausstiegsrate unter 10 Prozent bleibt. Sehr viel erfolgreicher ist die strukturierte Tabakentwöhnung mit medikamentöser Unterstützung, die meistens in Gruppenkursen durchgeführt wird. Die Erfolge sind gut, vergleichbar mit Kursen zur Alkoholentwöhnung. Allerdings konnten wir feststellen, dass die Barriere bei Rauchern höher ist, sich in eine Entwöhnungstherapie zu begeben. Ursachen dafür sind, dass das Tabakrauchen nicht als Suchterkrankung wahrgenommen wird, aber auch der fehlende soziale Druck.

Wir wünschen uns, dass der Patient mit COPD nach der stationären Behandlung von seinem niedergelassenen Arzt weiter beraten und motiviert wird.

Das Konzept der „5 A“ hilft dabei:

- Abfragen des Rauchstatus (Ask)
- Anraten des Rauchverzichts (Advise)
- Abfragen der Aufhörtmotivation (Assess)
- Assistieren beim Rauchverzicht (Assist)
- Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)



Prof. Dr. Wulf Pankow
Klinik für Innere
Medizin – Pneumologie
und Infektiologie
Vivantes Klinikum
Neukölln

COPD: Rauchstopp ist die entscheidende und am meisten Erfolg versprechende Maßnahme!

Empfehlung aus Sicht eines niedergelassenen Pneumologen

COPD: Eine oft unterschätzte Volkskrankheit. Ein Drittel der kontinuierlichen Raucher (etwa 20 Millionen in Deutschland) entwickeln eine COPD. Die Prävalenz ist mit 7 Millionen Erkrankten sehr groß. Spät erfolgt allerdings meist die Erstdiagnose, da die ereignislose Entwicklung der Erkrankung während des langjährigen Rauchens – 90 % der COPD wird durch Tabakkonsum verursacht – als „altersentsprechender Verlust der Belastbarkeit“ wahrgenommen wird. Oftmals wird erst nach 20 Jahren Rauchens bei chronischem Husten erstmals durch die Lungenfunktionsprüfung die Erstdiagnose gestellt.

Wer mit COPD noch Raucher ist, für den gilt als effektivste, wichtigste Maßnahme: Der vollständige Rauchstopp bringt die Schicksalswende. Der über die Jahre beschleunigte Lungenfunktionsverlust kann aufgehalten werden und die

vorhandene Rest-Kapazität der Lunge optimal bewahrt werden, wenn der Tabakkonsum auf null gesenkt wird (Abbildung 1). Entscheidend: Es muss wirklich Null sein. Es wurde in Studien klar gezeigt, dass ein begrenztes Weiterrauchen den Effekt der Bewahrung der Lungenfunktion weitestgehend zunichtemacht.

Um den Rauchstopp optimal zu unterstützen, muss eine angemessene medikamentöse Therapie erfolgen: Überwiegend werden lang wirksame Betamimetika und Vagolytika sowie bei „oft-Exazerbierern“ inhalative Steroide eingesetzt. Diese Medikamente sind immer besser zu handhaben und haben eine immer höhere Wirkdauer. Eines können sie allerdings nicht: Eine Rückbildung der Erkrankung bewirken. Die Spasmolyse-Wirkung beschränkt sich in der Regel auf eine Besserung von etwa 10-15 Prozent von der Ausgangslungenfunktion.

Während Kliniker COPD-Erkrankte überwiegend in Phasen der akuten Verschlechterung, der Exazerbation sehen, liegt die Chance der Betreuung von COPD-Patienten in der Praxis im kontinuierlichen Kontakt während der regelmäßigen Kontrollen (überwiegend im Disease-Management-Programm COPD).

Wie motivieren...? Regelmäßiges Ansprechen auf den Rauchstopp ist das Erfolgsrezept. Hierbei kommt es nicht darauf an, dem Patienten Gesundheitsrisiken zu verdeutlichen – in der Regel ist er darüber bestens informiert und wenn er Fragen hat, stellt er diese von selbst. Viel wichtiger ist es, nicht in die „Falle des Vermeidungsbündnisses“ zu tappen. Wenn Patient und Arzt beide das Thema Rauchstopp ungern ansprechen, weil sie Schwierigkeiten und Umsetzungsprobleme sehen, schließen sie ein „stilles Bündnis“, das Thema gar nicht mehr anzusprechen. Dabei ist die Motivation zum Rauchstopp gar nicht schwer: Der Patient wird einfach regelmäßig bei jeder Kontrolle interviewt, ob er noch raucht und welche Motive er für den Fall der Entwöhnung selbst nennen würde. Lassen Sie ihn sprechen. Er findet die Motive Gesundheit, Geld, kosmetische Voralterung, unangenehmer Geruch etc. selbst und: Während er diese Motive aufzählt, motiviert er sich selbst. Das braucht nur wenige Minuten und sollte jedes Mal wiederholt werden. Dabei ist ganz entscheidend, dass die Hoheit des Patienten über den nächsten Schritt zur Entwöhnung (Stichwort Autonomie des Patienten wahren) immer bei ihm selbst liegt. Wenn die Motivation über die Zeit angewachsen ist, können vertiefende Informationsangebote weiterhelfen. Schließlich kann dann eine Zuweisung zu einem Tabakentwöhnungszentrum erfolgen, wenn der Patient dies aus eigenem Entschluss wünscht. Die Chancen, mit einer Legeartis-Entwöhnung unter konsequentem Einsatz von Verhaltenstherapie und mit medikamentöser Unterstützung liegen bei 30-50 Prozent Langfrist-Abstinenz (Messung nach zwölf Monaten). Gar nicht so schlecht! Und wer zwölf Monate geschafft hat, hat gute Chancen, für immer Exraucher zu bleiben.

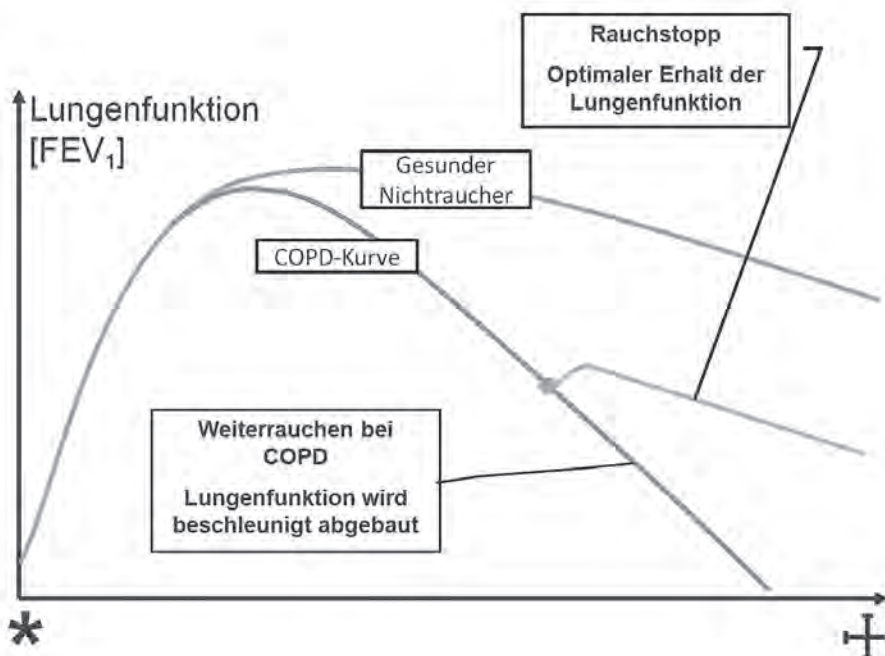


Abbildung 1: Lungenfunktionsentwicklung bei COPD mit und ohne Rauchstopp



Dr. Thomas Hering
Arzt für Pneumologie,
Allergologie,
Schlafmedizin

Überraschungsbesuch aus Großbritannien

Zu einer kurzfristigen Stippvisite hat Sir Muir Gray (li.) am 20. Oktober 2014 in der Ärztekammer Berlin vorbeigeschaut. Gray ist Direktor des National Knowledge Services im britischen National Health System (NHS), sozusagen oberster staatlicher Wissenschützer des britischen Gesundheitswesens. Er gilt als Vorreiter einer wertorientierten Medizin. Dazu tauschte er sich bei seinem Besuch mit Kammerpräsident Günther Jonitz aus. Gray war anlässlich eines Vortrages beim World Health Summit in Berlin.



Foto: S. Rüdiger

BUCHBESPRECHUNG

Medizinhistorisches für zwischendurch

**O. Erens, A. Otte (Hrsg.):
Geschichte(n) der Medizin
Genter Verlag, Stuttgart, 1. Auflage 2014,
ISBN 978-3-87247-763-7, Gebunden
160 Seiten mit 67 Abbildungen, 38 Euro**

So streng war'n mal die Bräuche: Vor fast 4.000 Jahren ordnete der babylonische König Hammurabi an, Ärzten, die den Tod eines Patienten verschuldet hatten, beide Hände abzuhacken. Daran erinnert ein Beitrag über Arzneimittelsicherheit und -überwachung, der von Urzeiten bis zur systematischen Pharmakovigilanz unseres jungen Jahrtausends reicht. Auch ein bissiges Voltaire-Zitat findet sich dort: „Ein Arzt ist einer, der Medikamente, von denen er wenig weiß, in einen Körper gibt, von dem er noch weniger weiß.“ War das 1760 so? Große Arzneimittelkatastrophen jedenfalls (Contergan, Vioxx ...) gab es auch in den letzten 50 Jahren noch, beschrieben in einem anderen Kapitel dieser Anthologie.

Viele der in sich abgeschlossenen Beiträge sind recht unterhaltsam geschrieben – Freizeitlektüre für zwischendurch; andere sehr sachlich und informativ. Die Themen

sind so verschieden wie die Autoren. Was macht einen guten Arzt aus? Wie wissenschaftlich kann Medizin sein? Wie haben sich die ethischen Anschauungen und Regeln im Laufe der Zeit geändert? Augustinus zum Beispiel diskutierte eine Frist von 45 Tagen für den Schwangerschaftsabbruch – analog zur überlieferten Bauzeit des Jerusalemer Tempels. Hufeland kritisierte das Krankenhaus seiner Zeit, in dem wie im Armen-, Arbeits- und Zuchthaus der Befehlston herrschte. Es werde meist als Ort der „Kälte, Lieblosigkeit, Gleichgültigkeit gegen den Einzelnen“ empfunden.

All diese „Geschichte(n) der Medizin“ sind zuerst während der letzten 15 Jahre im „Ärzteblatt Baden-Württemberg“ erschienen, das mehr als ein Amts- und Mitteilungsblatt von Kammer und KV des Landes ist und nächstes Jahr seinen 70. Geburtstag begeht. Die Auswahl von Medizinhistorischem ist nicht ganz konsequent. Da gibt es ausgiebige Marc Aurel-Zitate. Artikel wie „Lebenserwartung und Herzfrequenz“ oder „Die Wirkung der Strahlen auf Lebewesen“ bekommen nur eine superkurze quasi medizinhistorische Alibi-Einleitung über ägyptische Mumifizierung

bzw. Becquerel. Einige Künstler-Pathografien sind ein bisschen oberflächlich. Aber viele Beiträge sind höchst lesenswert und gut fundiert, wie zum Beispiel Robert Jüttes medizinhistorische Goethezeit-Schilderung, Diana Auranques Gegenüberstellung der Gesundheitslehren Schopenhauers und Nietzsches, Erens' Porträt des Heidelberger Gynäkologen Ferdinand A. Kehler, dessen neue OP-Technik die Müttersterblichkeit am Kaiserschnitt von 84 bis 100 Prozent auf unter ein Prozent senkte; oder Heinz-Peter Schmiedebachs zeitgeschichtlicher Beitrag über die Medizinkrise der 20er Jahre des vorigen Jahrhunderts ...
Schaun Sie mal rein – es lohnt sich!

Rosemarie Stein

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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 17.12.2014, 11.02.2015	Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: a.hellert@aekb.de Gesamtgebühr: 550 €	9 P
■ Teil A: 16.01.-17.01.2015 Teil B: 06.03.-07.03.2015 Teil C: 17.04.-18.04.2015 Teil D: 26.06.-27.06.2015	Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-13 01 /-13 03 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 160 € / Kursteil	13 P pro Kursteil
■ 23.02.-25.02.2015	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 25.02.-27.02.2015	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 13.03.2015	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß FeV	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
■ 13.03.-14.03.2015	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombigebühr für beide Kurse: 290 €	17 P
■ Modul I a: 27./28.03.2015 Modul I b: 24./25.04.2015 Modul I c: 08./09.05.2015 Modul II: 25.04./09.05.2015 Modul III: 05./06.06.2015	Medizinische Begutachtung Strukturierte Curriculäre Fortbildung (weitere Informationen s. S. 26)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: begutachtung@aekb.de	64 P
■ 16.04.-18.04.2015 25.06.-27.06.2015 17.09.-19.09.2015 11.12.2015	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 26)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06 -12 05 E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de	80 P
■ 18.04.2015	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	8 P
■ 27.04.-29.04.2015	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach ArbMedVV und G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 12.06.-13.06.2015	Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten zu überbringen Breaking Bad News Basiskurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P

Save the date!

Fachtagung „CIRS im Krankenhaus“ am 20. März 2015 in Berlin

Am 20. März 2015 lädt die Ärztekammer Berlin zu einer Fachtagung zum Thema CIRS im Krankenhaus ein. Die Tagung ist multiprofessionell ausgerichtet und wird sich u. a. mit den folgenden Fragen auseinandersetzen:

- Wir haben CIRS und keine/r berichtet? – Wie können Pflegende und Ärzte motiviert werden, das CIRS ihres Krankenhauses zu nutzen?
- Wohin mit dem Schadensfall? Gibt es einen richtigen Umgang mit Schadensfällen im CIRS? (und andere Fragen der CIRS-Administration)
- Meldepflichten und freiwilliges CIRS – (Wie) gehen verpflichtende Meldesysteme für Medizinproduktevorkommnisse und Medikationsfehler zusammen?
- Sanktionsfreiheit im CIRS – Erfahrungen und rechtliche Einschätzung

Die Veranstaltung richtet sich vor allem

- an Mitarbeiter in Krankenhäusern, die im Qualitäts- und Risikomanagement tätig sind,
- an Pflegende und Ärzte, die als CIRS-Beauftragte für die Einrichtung und die Pflege ihres internen CIRS verantwortlich sind, und
- an Mitglieder der Krankenhausleitungen.

Die Veranstaltung findet im Rahmen des Netzwerks CIRS-Berlin statt.

Das Programm der Tagung werden wir in Kürze veröffentlichen.

Bei Interesse senden Sie uns gern schon jetzt eine E-Mail an Frau Höhne, die für die Organisation zuständig ist, unter: e.hoehne@aekb.de. Wir senden Ihnen dann umgehend das vollständige Programm zu, sobald dieses vorliegt.

Weitere Informationen erhalten Sie hier:

Dr. med. Barbara Hoffmann, Tel.: 030 / 408 06-14 00, E-Mail: b.hoffmann@aekb.de

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 mittwochs 19 bis 21.15 Uhr
17.12.2014 und 11.02.2015

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

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 9 Fortbildungspunkte

Information u. Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03, E-Mail: a.hellert@aekb.de

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker** gemäß der Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“ der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Hierfür sind insgesamt zwei Durchläufe geplant. Die Teilnehmerplätze für den 1. Durchlauf sind bereits ausgebucht.

Für den 2. Durchlauf sind bereits folgende Termine geplant:

Modul I	16.-20.03.2015	Ärztekammer Berlin
Modul III	26.-29.01.2015	Landesärztekammer Thüringen
Modul IV	23.-26.03.2015	Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Modul V	29.02.-03.03.2016	Sächsische Landesärztekammer
Modul VI	02.-05.03.2015	Ärztekammer Berlin (Warteliste)

Die Module I und VI werden vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité - Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin angeboten. Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Berliner Kammermitglieder, die Interesse an der Teilnahme am 2. Durchlauf des Verbundsystems inkl. der oben genannten Termine haben, können sich bereits jetzt bei der zuständigen Ansprechpartnerin der Ärztekammer Berlin **Frau Zippel**, **Telefon: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de** melden. Wir koordinieren dann für Sie die Teilnahme an den Modulen.

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Frühjahr 2015 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: 02.03.-07.03.2015 / Woche 2: 04.05.-09.05.2015 / Woche 3: 15.06.-20.06.2015 (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.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation), Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? 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: 01.02.-19.02.2015, Präsenzseminare: 20.-21.02.2015 und 24.-25.04.2015 (jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr) Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt.

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 030 / 408 06-12 06, Frau Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Impfungen in der Praxis

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

Termin: Sonnabend, 6.12.2014, 9 bis 17:30 Uhr

Kursleitung: Dr. med. Christian Schönfeld (ehem. Leiter der Reisemedizinischen Ambulanz, Institut für Tropenmedizin und internationale Gesundheit, Charité – Universitätsmedizin Berlin)

Kursgebühr: 100 EUR (inkl. Verpflegung), 8 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsort: Kaiserin-Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anmeldung: Ärztekammer Berlin (Tel.: 030 / 408 06-12 15,

Fax: 030 / 408 06 55-13 99, E-Mail: fb-aag@aekb.de)

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

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

Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2015 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im sechsten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Um als ärztliche Führungskraft auch die Anforderungen und Konsequenzen ökonomischer Konstellationen verstehen und beeinflussen zu können, werden in einem Planspiel u.a. betriebswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt.

Bei abendlichen Kamingsgesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewöhnlichen Blickwinkeln diskutiert.

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

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens Do., 16.04.2015 – Sa., 18.04.2015

Modul 2: Führen als Prozess Do., 25.06.2015 – Sa., 27.06.2015

Modul 3: Führung und Entwicklung Do., 17.09.2015 – Sa., 19.09.2015

Modul 4: Transfer: Sicherung des eig. Konzepts Fr., 11.12.2015

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: PD Dr. med. Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Berlin

Teilnehmerentgelt: 3.400 Euro

Fortbildungspunkte: 80 Punkte

Organisation und Anmeldung: Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05;

E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de

Fragen zum Inhalt: Dr. med. Henning Schaefer, Tel.: 030 / 408 06-12 00

Neu: Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“

Begutachtung gehört zu den beruflichen Verpflichtungen des Arztes. Sie fordert vom Arzt einen Rollenwechsel vom Therapeuten zum Gutachter, medizinisches Fachwissen und Beachtung der im jeweiligen Versicherungs- bzw. Rechtsgebiet geltenden Regeln und Bestimmungen.

Die Bundesärztekammer hat in 2014 beschlossen, das bisherige Curriculum „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ (bisher 40 Stunden) durch Ergänzung um die beiden Aufbaumodule „Fachübergreifende Aspekte“ (Modul II; 8h) und „Fachspezifische Aspekte“ (Modul III; 16h) in eine führungsfähige Strukturierte Curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ (neu 64 Stunden) zu überführen.

Um diesen neuen Anforderungen gerecht zu werden, hat die Ärztekammer Berlin das von ihr seit Jahren bewährte Kursprogramm entsprechend erweitert und bietet dieses neu gefasste Curriculum ab März 2015 an. Das Modul III „Fachspezifische Aspekte“ wird von den jeweiligen Fachgesellschaften – bislang Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde – gestaltet. Weitere fachspezifische Module III sind in Planung.

Die Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ wendet sich sowohl an Anfänger im Begutachtungswesen, als auch an Ärztinnen und Ärzte, die bereits über Erfahrungen in der Begutachtung verfügen. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen vermittelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung.

Voraussetzung für die Erlangung der führungsfähigen Bezeichnung „Medizinische Begutachtung“ ist neben einer abgeschlossenen Facharztweiterbildung und der Teilnahme an allen Modulen des Curriculums die Erstellung von zwei Probegutachten und das Bestehen einer Erfolgskontrolle. Auch für eine Aufnahme in das Gutachter-Verzeichnis der Ärztekammer Berlin ist u.a. die erfolgreiche Teilnahme am Kurs „Medizinische Begutachtung“ erforderlich.

Die erfolgreiche Teilnahme an allen Modulen der strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Ärztekammer Berlin entspricht Ziffer 5.12 der „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach §34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)“. Eine entsprechende Bescheinigung zur Vorlage bei der DGUV wird ebenfalls ausgestellt.

Die Module sind einzeln buchbar. Die Absolventen des bisher 40 Stunden umfassenden Curriculums „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ haben die Möglichkeit, mit der Teilnahme an den beiden Aufbaumodulen II und III die führungsfähige Qualifikation nachträglich zu erwerben.

Modul	Termine	CME-Punkte	TN-Entgelt
I a	27./28.03.2015	12 Pkt.	130 EUR
I b	24./25.04.2015	12 Pkt.	130 EUR
I c	08./09.05.2015	16 Pkt.	170 EUR
II	25.04.2015	8 Pkt.	90 EUR
III	05./06.06.2015	16 Pkt.	170 EUR

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. P. Marx, ehemals Neurologische Klinik der Charité, Campus Benjamin Franklin, Berlin;
Prof. Dr. med. M. Wich, Unfallkrankenhaus Berlin und Achenbach-Krankenhaus, Königs Wusterhausen

Informationen/Anmeldung: Frau Hellert, Tel: 030/408 06-12 03; E-Mail: begutachtung@aekb.de

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Verdrehte Trachealkanüle

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 24 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 Netzwerk 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.

Aus einer anästhesiologischen Abteilung berichtet ein/e Pflegendе/r dieses erstmals aufgetretene Ereignis:

Bei einem gut 70-jährigen Patienten wird eine Trachealkanüle (TK) am Vormittag ohne Komplikationen angelegt. Komplikationsloser Verlauf während des Tages. In der Nacht zunehmende Kohlendioxid (CO₂)-Retention, vermehrte Atemarbeit mit interkostalen Einziehungen und Rückgang der Sauerstoffsättigung (SpO₂). Absaugen von Sekret brachte anfangs Besserung. Morgens plötzlicher Blutdruck-Einbruch und SpO₂ auf 88 Prozent.

Absaugung nicht möglich, da kein Durchkommen durch TK. Alarm des Respirators mit niedrigen Atemzugvolumina. Die Trachealkanüle hatte sich verdreht! Folgende Gründe haben nach Ansicht des/der Berichtenden zu dem Ereignis beigetragen:

1. Unterschiedliche Platzierung des Cuff-Schlauches (in Bezug zur Krümmung der TK) durch die verschiedenen Hersteller
2. Unbemerkte Lageveränderung der TK beim Lagern des Patienten bzw. Verlagern der Beatmungsschläuche
3. Fixierung der TK an der TK-Halteplatte zu locker?

Wir konnten hierzu einen Kommentar des Fachbeirats CIRSmedical.de durch Prof. Dr. med. Matthias Hübler, Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Dresden, erhalten:

Komplikationen mit Trachealkanülen sind ein häufiges Problem auf Intensivstationen. In der Meldung wird nicht spezifiziert, ob es sich um ein chirurgisch angelegtes Tracheostoma oder um ein Dilatations-

tracheostoma handelte. In einer prospektiven Observationsstudie bei 1.163 tracheotomierten Patienten [1] zeigte sich, dass Dislokationen von Trachealkanülen bei einem chirurgisch angelegten Tracheostoma häufiger auftraten:

4,8 versus 1,3 Prozent. Ein Verdrehen ist sicher seltener, aber auch dies wurde bereits beschrieben. Auch ein Bericht des Netzwerkes CIRSmedical Anästhesiologie handelt von solch einem Fall [2].

Ein Verdrehen einer Trachealkanüle wird u. a. begünstigt, wenn

- diese initial nicht weit genug in die Trachea eingeführt wurde (z. B. infolge eines falsch ausgemessenen Haut-Trachea-Abstands oder einer zu kurzen eingesetzten Trachealkanüle).
- diese initial richtig platziert wurde, aber im Rahmen von Manipulationen (durch den Patienten oder bei pflegerischen Maßnahmen) langsam herausrutschte.
- keine eindeutige Markierung angebracht wurde, wie tief die Trachealkanüle initial eingeführt wurde.
- die Fixierung in der Halteplatte nicht fest arretiert ist.
- die Halteplatte nicht angenäht wurde bzw. die Fixierung der Halteplatte mittels elastischen Bandes zu locker ist.

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Beim Einkauf von Trachealkanülen sollte man darauf achten, dass diese bereits **über eine Markierung verfügen**, die die

Lage der Krümmung anzeigt (diese muss immer fußwärts zeigen) und immer sichtbar ist. Bei manchen Produkten erkennt man die Krümmungsrichtung daran, dass sich dort die Leitung zum Cuff befindet. Des Weiteren:

- Messung und **Dokumentation des Abstandes Haut-Trachea** bei einer chirurgischen Tracheotomie.
- Eindeutiges **Markieren der Einführungstiefe** (z. B. mit einem wasserfesten Stift) und eine dokumentierte Kontrolle mindestens 1x pro Schicht bzw. nach jeder Manipulation.
- Regelmäßige, dokumentierte **Überprüfung der Fixierung** in der Halteplatte.
- **Bei Auftreten von Problemen** wie CO₂-Retention, häufige Okklusionen, etc. die ärztliche Leitung informieren und frühzeitig eine bronchoskopische Lagekontrolle durchzuführen.

Eine radiologische Lagekontrolle ist nur selten erforderlich. Das Wiedereinführen einer vollständig herausgerutschten Trachealkanüle kann eine medizinische Herausforderung sein. Dies gilt insbesondere, wenn das Tracheostoma nicht epithelisiert ist.

Alle Mitarbeitenden, die Patienten mit Trachealkanülen betreuen, sollten einen in der Einrichtung vereinbarten **Algorithmus** beherrschen, mit dem **Atmungs- oder Beatmungsprobleme bei liegender Trachealkanüle** behandelt werden. Hier sollte u. a. aufgeführt sein,

- welches die ersten Maßnahmen bei respiratorischen Problemen sein sollen,
- wann eine Ärztin/ein Arzt hinzugezogen werden muss und
- welche Hilfsmittel griffbereit sein müssen (so z. B. eine Larynx-/Kehlkopfmaske, die bei komplett herausgerutschter Trachealkanüle den Atemweg sichern kann).

Literatur: [1] Barbetti JK, Nichol AD, Choate KR, Bailey MJ, Lee GA, Cooper DJ. Prospective observational study of postoperative complications after percutaneous dilatational or surgical tracheostomy in critically ill patients. *Crit Care Resusc* 2009; 11: 244-9.
[2] <https://www.cirs-ains.de>, in der Suchmaske die Fallnummer 7765 eingeben.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nr. 35060 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

Evidenzbasierte Medizin: Eine Strömung in der Krise?*

Teil 3 von 3

Teil 1 in BÄ 8/2014

Teil 2 in BÄ 10/2014

Trisha Greenhalgh und Kollegen argumentieren, dass die evidenzbasierte Medizin trotz ihrer vielen Vorteile auch einige unvorhergesehene Nachteile mit sich gebracht hat. Ihre vorläufige Agenda soll zur Renaissance der Strömung beitragen: Erneute Konzentration auf brauchbare Evidenz, die je nach Zusammenhang und mit dem ärztlichen Fachwissen zur optimalen Behandlung jedes einzelnen Patienten beitragen kann.

Trisha Greenhalgh Dean for Research Impact¹, **Jeremy Howick** Senior Research Fellow², **Neal Maskrey** Professor of Evidence Informed Decision Making³ für die Evidence Based Medicine Renaissance Group

Korrespondenzadresse: T. Greenhalgh (p.greenhalgh@qmul.ac.uk)

¹ Barts and the London School of Medicine and Dentistry, London E1 2AB, GB; ² Centre for Evidence-Based Medicine, University of Oxford, Oxford OX2 6NW, GB; ³ Keele University, Staffs ST5 5BG, GB

Die Dimension des öffentlichen Gesundheitswesens

Wenngleich sich dieser Artikel bisher mit der individuellen Versorgung beschäftigte, gibt es auch eine wichtige Beweisgrundlage bei populationsweiten Interventionen zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheit (z. B. Preisgestaltung und Kennzeichnung von Verbrauchsartikeln, Fluoridierung des Trinkwassers und Sexuaufklärung). Die Programme sind oftmals komplex und facettenreich, mit wichtigen ethischen und praktischen Implikationen, auch wenn dieselben Prinzipien wie bei der klinischen Versorgung gelten. Der Erfolg der Maßnahmen ist von der lokalen Machbarkeit, Akzeptanz und der Angemessenheit für den Zweck abhängig – und damit von einer informierten, gemeinsamen Entscheidungsfindung innerhalb der lokalen Gemeinschaften, mithilfe von Übersichten und Visualisierungen zu den Messgrößen auf Populationsebene.⁴⁷

Wahre evidenzbasierte Medizin bereitstellen

Um wahre evidenzbasierte Medizin bereitzustellen, müssen die Beteiligten Proaktivität und Beständigkeit zeigen. Die Patienten (an deren Versorgung sich dieser Zweig richtet) müssen bessere Belege verlangen, die besser präsentiert, erklärt und stärker personalisiert angewendet werden, jeweils unter Beachtung von Einzelfall und individuellem Behandlungsziel.⁴⁸ Modelle für eine gute Praxis gibt es bereits: Bei der Arthritis existieren schon seit mehr als 30 Jahren Patientenselbsthilfegruppen, die die Bedeutung experimenteller Belege und patientenzentrierter Strategien unterstreichen. Sie haben etwa die Auswahl der Zielmessgrößen in vergleichenden Wirksamkeitsstudien beeinflusst.⁴⁹ Anregungen von Patienten haben auch zur Neuausrichtung diverser NICE-Leitlinien geführt (z. B. der Leitlinie für Psoriasis).⁵⁰

Gemeinnützigen Beratungsgruppen und Interessenvertretungen wie etwa der britischen Consumer Association (www.which.co.uk), dem Picker Institute (www.pickereurope.org) und Sense About

Science (www.senseaboutscience.org) kommt eine wichtige Rolle bei der Aufklärung der Bevölkerung und der öffentlichen Debatte über Nutzen und Schaden von klinischen Belegen zu. Die James Lind Alliance (www.lindalliance.org) bringt Patienten, Betreuer und Ärzte zusammen, um wichtige Fragen für die Forschung zu identifizieren. Solche Gruppen müssen möglichst unabhängig von Einzelinteressen bleiben und ein Auge auf mögliche Verzerrungen durch zweckgebundene Finanzierungen haben.

Neuausrichtung der Ausbildung abseits der Regelbefolgung

Fähigkeiten zur kritischen Beurteilung – einschließlich grundlegender Rechenkenntnisse, der Suche in elektronischen Datenbanken und der Fähigkeit zur systematischen Hinterfragung von Forschungsstudien – sind die Voraussetzungen für Kompetenz im Bereich der evidenzbasierten Medizin.⁶ Allerdings müssen Ärzte in der Lage sein, diese auch auf tatsächliche Fälle anzuwenden.⁵¹

Allzu häufig nutzen die Lehrmaterialien schematische, fiktive Kurzdarstellungen, in denen die Patienten auf narrative Belanglosigkeiten reduziert werden, mit denen sich Entscheidungsbäume oder Bewertungsbögen für objektive, strukturierte Untersuchungen füllen lassen. Statt sich auf diese einfach gestrickten Lehrbuchfälle zu konzentrieren, sollten Studenten nach der Aneignung von Grundwissen und ersten Erfahrungen zum intuitiven Schlussfolgern in der Klinik sowie am Krankenbett motiviert werden, und dann formelle evidenzbasierte Methoden anwenden, um Diagnosen und Entscheidungen zu überprüfen, zu erklären und zu kommunizieren.⁴³ Daneben müssen sie auch darin geschult werden, mit geeigneten Entscheidungshilfen⁵² sowohl Nachweise als auch Unsicherheiten dem Patienten mitzuteilen und ihr Vorgehen an die individuellen Bedürfnisse, Umstände und Vorzüge anzupassen.³⁹

* Übersetzung aus BMJ 2014;348:g3725

Somit spricht vieles dafür, die ständige medizinische Weiterbildung auch auf die Bereiche abseits der „Evidenz-Updates“ zu erweitern. Die Beobachtung und Überprüfung durch Fachkollegen, die reflektierende Falldiskussion in Kleingruppen (mit Patienten, die ihre Erfahrungen, Entscheidungen und Prioritäten mitteilen möchten) und der laufende Austausch mit Fachkollegen können helfen, die Fähigkeiten zur Bewältigung der Herausforderung, die evidenzbasierte Medizin im wahren Leben anzuwenden, zu verbessern und zu erhalten.⁵³ Die Verknüpfung von Pädagogik, kognitiver Psychologie, Informationsbeherrschung und der Umsetzung der Wissenschaft in einem kohärenten Ansatz zur Unterstützung einer Entscheidungsfindung direkt mit dem Patienten⁵⁴ wird faktisch selten gelehrt.

Brauchbare und robuste Evidenz

Eine weitere Voraussetzung für wahre evidenzbasierte Medizin ist, dass sich diejenigen, die Forschungsergebnisse produzieren und zusammenfassen, stärker auf die Bedürfnisse der möglichen Nutzer konzentrieren. Langwierige und ausführliche Überprüfungen, die „methodisch robust“ aber untauglich für die Praxis sind, sind häufig weder informativ, noch inspirierend oder richtungsweisend.⁵⁵ Eine aktuelle systematische Überprüfung von Risikoscores zum Diabetes zeigte, dass die Autoren der meisten Studien sich vorrangig mit dem intellektuellen Konzept der Verbesserung des prädiktiven Werts des Scores beschäftigt hatten. Der Umstand, wie, von wem oder für was ihr Score verwendet werden würde, hatte wenig bis gar keine Beachtung gefunden – genau so wenig wie die Frage, welche Auswirkungen der Score auf die tatsächlichen Personen haben würde, die durch ihn als „gefährdet“ eingestuft würden.⁵⁶

Die Nutzer solcher Nachweise sind Ärzte und Patienten mit unterschiedlich gutem Statistikwissen und häufig begrenzter Zeit oder Neigung, auch das Kleingedruckte zu studieren.⁴¹ Daher sollten diverse Ansätze, unter anderem kurze Zusammenfassungen in einfacher Sprache für Laien (wie vom NICE angeboten), Visualisierungen⁵⁷, Infografiken⁵², Optionsschemata⁵⁸ und andere Entscheidungshilfen⁵⁹, routinemäßig angeboten und breit eingesetzt werden. Und doch wird zurzeit nur ein Bruchteil der verfügbaren Evidenz in brauchbarer Form angeboten, und nur wenige Ärzte wissen überhaupt, dass es brauchbare gemeinsame Entscheidungshilfen gibt.

Publizisten müssen die Standards erhöhen

Dies erhöht die Notwendigkeit für Publikationsstandards. Genau wie die Herausgeber der Fachzeitschriften bereits durch entsprechende Publikationsstandards⁶⁰ auf die Wiedergabe der Wahr-

scheinlichkeit eingewirkt haben (durch das Erfordernis der aussagekräftigeren Konfidenzintervalle anstelle der potenziell irreführenden p-Werte), sollten sie nun auch die Standards für die Autoren erhöhen, um die Benutzerfreundlichkeit der Ergebnisse zu verbessern. Und vor allem sollten sie eine Präsentation der Forschungsergebnisse fordern, die für die Verwendung in individualisierten Gesprächen geeignet ist.

Da wahre evidenzbasierte Medizin auch immer eine Abschätzung der Einhaltung oder gezielten Nichteinhaltung von Leitlinien bedeutet, sollten die Autoren von Leitlinien auf eine eventuell erforderliche Beurteilung und informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung hinweisen. Das American College of Cardiology veröffentlichte kürzlich eine neue Cholesterin-Leitlinie.⁶¹ Daraufhin wurde im JAMA ein pragmatischer, patientenfokussierter Artikel dazu veröffentlicht, wie diese Leitlinie anzuwenden und wann ihre Vorgaben möglicherweise zu ignorieren seien. Dies schloss ein Online-Visualisierungswerkzeug für die Patientengespräche ein.⁶² Wie die Autoren anmerkten: „Das Ziel der Leistungsmessgrößen ist nicht der Prozentsatz der Patienten, die [...] Statine erhalten, sondern der Anteil an geeigneten Patienten, die sich an einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zur Statin-Anwendung beteiligen.“⁶² Dieser Ansatz sollte viele Nachahmer finden.

Forschung muss über möglichen Interessenkonflikten stehen

Zur Förderung wahrer evidenzbasierter Medizin und speziell auch zur Bestärkung der politischen Entscheidungsträger, Ärzte und der Öffentlichkeit, dass die Forschung und die aus ihr hervorgehenden Handlungsempfehlungen vertrauenswürdig sind,⁶³ müssen die Strukturen in der Forschung und Leitlinienerarbeitung den höchsten Integritätsanforderungen gerecht werden. Eine unabhängige Finanzierung der nationalstaatlichen Einrichtungen für die medizinische Forschung ist dabei unerlässlich.

Bedarf an breiterer, einfallsreicherer Forschung

Die Forschungsagenda für wahre evidenzbasierte Medizin geht über die kritische Beurteilung hinaus und knüpft an ein breiteres Spektrum flankierender Disziplinen an. So sollte sie etwa die Erforschung der Krankheitserfahrung für die Patienten und das in der Praxis reale Zusammenfallen mit unterschiedlichen Erkrankungen und Rahmenbedingungen behandeln. Das Gebiet ließe sich beispielsweise durch qualitative Forschungen zur Logik der Versorgung bereichern – d. h. zu den zahlreichen Elementen einer guten Krankenversorgung, die die Anwendung von Forschungsergebnissen ergänzen.⁶⁴

Wir müssen genauer untersuchen (unter Umständen beginnend mit einer Zusammenführung der Literatur zur kognitiven Psychologie), wie Ärzte und Patienten Nachweise aus Forschungsstudien finden, interpretieren und bewerten, und wie (bzw. ob) sich diese Abläufe auf die klinische Kommunikation, die Erwägung diagnostischer Alternativen und die gemeinsame Entscheidungsfindung auswirken.⁵⁴ Auch sind genauere Untersuchungen zu den Komponenten der klinischen Methodik erforderlich, die nur begrenzt durch Algorithmen geleitet werden, wie z. B. die Intuition und die heuristische Herleitung, und wie sich die Evidenz hier eventuell integrieren lässt.⁴³

Im Zusammenhang mit der Erzeugung brauchbarer Evidenz gilt es herauszufinden, wie ein gutes Gleichgewicht zwischen dem Goldstandard der systematischen Überprüfung und pragmatischen, schnellen Übersichten hergestellt werden kann, die durch Kürze und Verfügbarkeit das wettmachen, was sie in puncto Tiefe und Ausführlichkeit verlieren.⁶⁵ Gleichfalls muss bei der Erarbeitung von Leitlinien erforscht werden, wie und unter welchen Umständen Abstriche bei der Ausführlichkeit zugunsten der Kürze vertretbar sind. Es sind Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten erforderlich, die dazu beitragen, die Ziele der Behandlung zu klären, Fragen zur Qualität und Vollständigkeit der Forschungsbelege zu stellen bzw. zu beantworten und die Einschätzungen von Nutzen und Schaden zu verstehen und auf den Einzelfall anwenden zu können. Außerdem muss sowohl die Zweckmäßigkeit als auch die Benutzerfreundlichkeit dieser und weiterer evidenzbasierter Hilfsmittel (Modelle, Scores, Algorithmen usw.) verbessert werden. Dies betrifft auch die intellektuellen, sozialen und zeitlichen Anforderungen an die Anwender sowie die Ressourcenauslastung für die Einrichtungen und das Gesundheitssystem.

Im Bereich der Ausbildung ist es an der Zeit, die Beweisgrundlage auf integrierte Lehrpläne zu erweitern, die neben der Anwendung von klinischen Nachweisen die Reflexion und Falldiskussion fördern.⁶⁶ Diskussionen über die Interpretation und Anwendung der Evidenz auf Fälle des wahren Lebens sowie das Teilen kollektiven Wissens und kollektiver Erfahrung in der Form von „Gedankengängen“ innerhalb der Kollegenschaft⁵³ oder von Patientengemeinschaften⁶⁷ könnten hilfreiche Datenquellen für derartige Studien sein. Wohl erst durch die Untersuchung dieser komplexeren Formen des Wissens können wir bestimmen, wie wir am besten fachkundige Ärzte und Patienten erhalten und Schäden ausschließen, die aus einem Übermaß an Diagnostik, Behandlung und Screening hervorgehen.³³

In Bezug auf die Wirksamkeit müssen wir der Beobachtung nach der Markteinführung in der täglichen stationären und Praxisversorgung größere Bedeutung schenken, um bestätigen zu können, dass die nachfolgenden Erfahrungen sich mit den Ergebnissen der Zulassungsstudien decken. Dies wird eine Überprüfung der Goldstandard-Untersuchungen und der zugehörigen Schwellenwerte für den Ausschluss bestimmter Diagnosen und Behandlungen nach sich ziehen, um die Über- oder auch Unterdiagnose auf ein Mindestmaß zu reduzieren.⁴³

Im Hinblick auf die allgemeine Anstrengung zur Vermeidung einer Zweckentfremdung des Qualitätskennzeichens der Evidenzbasiertheit hat weiterhin die Erforschung versteckter Bias in finanzieller Forschung Priorität – beispielsweise durch eine Verbesserung der statistischen Techniken zur Überprüfung von Ergebnissen, die einfach zu gut erscheinen, um wahr zu sein.

Fazit

Durch die systematische Sammlung, Zusammenführung und Anwendung hochqualitativer empirischer Beweise wurden große Fortschritte erzielt und Leben gerettet. Dabei hat die evidenzbasierte Medizin indes nicht die eigentlich anvisierten Probleme lösen können (vornehmlich systematische Fehler in der Evidenz und die verdeckten Auswirkungen von Einzelinteressen), die nunmehr noch subtiler und schwerer nachweisbar geworden sind. Vielmehr bewirken die komplexen wirtschaftlichen, politischen, technologischen und kommerziellen Zusammenhänge der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung eine tendenzielle Verschiebung der evidenzbasierten Agenda zu Themen wie der Population, Statistik, dem Risiko und heikler Gewissheit. Trotz zahlreicher Lippenbekenntnisse zur gemeinsamen Entscheidungsfindung können sich Patienten von ihrer medizinischen Versorgung irritiert oder sogar tyrannisiert fühlen, wenn diese in unangemessener Weise von algorithmischen Protokollen, von oben verordneten Richtlinien und Populationszielen geleitet wird.

Diese Schwachstellen haben einige dazu bewogen, sich für die Ablehnung der evidenzbasierten Medizin als einem gescheiterten Modell auszusprechen. Im Gegensatz dazu argumentieren die Autoren für eine Rückkehr zu den anfänglichen Prinzipien der Strömung – für eine Individualisierung der Nachweise und eine gemeinsame Entscheidungsfindung nach fundierten Gesprächen im Rahmen einer humanistischen und professionellen Arzt-Patienten-Beziehung (Kasten 2). Um diese zu verwirklichen, müssen die zahlreichen Beteiligten der evidenzbasierten Medizin – Patienten, Ärzte, Ausbilder, Autoren und Publizisten klinischer

Nachweise, politische Entscheidungsträger, Geldgeber in der Forschung und Wissenschaftler aus unterschiedlichen akademischen Disziplinen – zusammenarbeiten. Viele der Ideen in diesem Artikel sind nicht neu, und eine Reihe von thematisch angrenzenden Kampagnen mit ähnlichen Zielen ist bereits im Gange (Kasten 3). Wir hoffen, dass dieser Aufruf zu einer Kampagne für die wahre evidenzbasierte Medizin eine Debatte anstoßen wird und laden die werten Leser zur Teilnahme ein (beispielsweise durch das Posten rascher Reaktionen unter bmj.com).

Kasten 3

An einer wahren evidenzbasierten Medizin ausgerichtete Kampagnen

Too much medicine – Eine schnell wachsende Bewegung unter gemeinsamer Führung von Ärzten, Akademikern und Patienten mit dem Ziel, Schäden durch ein Übermaß an Diagnostik, Screening und Behandlung zu reduzieren.^{26,33} Die zweite und künftig hoffentlich jährlich abgehaltene „Preventing Overdiagnosis“-Konferenz wird im September 2014 in Oxford stattfinden (www.preventingoverdiagnosis.net).

All trials (www.alltrials.net) – Eine internationale Initiative, die sich dafür einsetzt, dass alle klinischen Prüfungen bei Beginn registriert und sämtliche Ergebnisse publiziert werden.

Reducing waste and increasing value in medical research (www.thelancet.com/series/research) – Eine kürzlich im Lancet erschienene Serie über die Vergeudung und den Wertverlust durch die Forschung unter falscher Fragestellung, die Verwendung ungeeigneter Studiendesigns, die übermäßig hohen bürokratischen Vorgaben oder die schlechte bzw. unzugängliche Darstellung, durch die Fachkräfte und politische Entscheidungsträger die Ergebnisse schlicht nicht verwenden können.

Improving publishing standards (www.icmje.org/urm_main.html) – Eine Kampagne des International Committee of Medical Journal Editors, die das Ziel verfolgt, für mehr Qualität und Transparenz bei medizinischen Veröffentlichungen zu sorgen, indem Ghostwriting unterbunden wird und die Standards zur Nennung von Interessenkonflikten erhöht werden.

Integrated medical education – Eine Kampagne zur besseren Integration der diversen Lehrplankomponenten, und zwar durch die Entwicklung von ärztlichen Fähigkeiten am Krankenbett, die Vermittlung von Wissen über Forschungsergebnisse und deren Anwendung und die Betrachtung bzw. Reflexion komplexer Fälle.^{68,69}

Quellen

- 1 Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.
- 2 Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. *Health* 2003;7:267-82.
- 3 Levin A. The Cochrane Collaboration. *Ann Intern Med* 2001;135:309-12.
- 6 Horsley T, Hyde C, Santesso N, Parkes J, Milne R, Stewart R. Teaching critical appraisal skills in healthcare settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;11: CD001270.
- 26 Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *BMJ* 2012;344:e3502.
- 33 Glasziou P, Moynihan R, Richards T, Godlee F. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013;347:f4247.
- 39 Montgomery K. How doctors think: clinical judgement and the practice of medicine. Oxford University Press, 2006.
- 41 Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest* 2007;8:53-96.
- 43 Llewelyn H, Ang HA, Lewis D, Al-Abdullah A. Oxford Handbook of Clinical Diagnosis. Oxford University Press, 2014.
- 47 Rosling H, Zhang Z. Health advocacy with Gapminder animated statistics. *J Epidemiol Global Health* 2011;1:11-4.
- 48 Richards T, Montori VM, Godlee F, Lapsley P, Paul D. Let the patient revolution begin. *BMJ* 2013;346:f2614.
- 49 Gierisch JM, Myers ER, Schmit KM, McCrory DC, Coeytaux RR, Crowley MJ, et al. Prioritization of patient-centered comparative effectiveness research for osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2014 May 13. [Epub ahead of print.]
- 50 National Institute for Health and Clinical Excellence. Psoriasis: the assessment and management of psoriasis. CG153 . NICE, 2012.
- 51 Green ML. Evidence-based medicine training in graduate medical education: past, present and future. *J Eval Clin Pract* 2000;6:121-38.
- 52 Spiegelhalter D, Pearson M, Short I. Visualizing uncertainty about the future. *Science* 2011;333:1393-400.
- 53 Gabbay J, May Al. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 2004;329:1013.
- 54 Supporting adoption of evidence into practice. *MeReC Bull* 2011;22:2-7. www.npc.nhs.uk/merec/therap/other/merec_bulletin_vol22_no2.php.
- 55 Lavis JN, Davies HT, Gruen RL, Walshe K, Farquhar CM. Working within and beyond the Cochrane Collaboration to make systematic reviews more useful to healthcare managers and policy makers. *Healthcare Policy* 2006;1:21-33.
- 56 Noble D, Mathur R, Dent T, Meads C, Greenhalgh T. Risk models and scores for type 2 diabetes: systematic review. *BMJ* 2011;343:d7163.
- 57 Garcia-Retamero R, Galesic M. Who profits from visual aids? Overcoming challenges in people's understanding of risks. *Soc Sci Med* 2010;70:1019-25.
- 58 Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, et al. Option grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Counsel* 2013;90:207-12.
- 59 Volk R, Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn, G. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration quality dimensions: theoretical rationales, current evidence, and emerging issues. *BMC Med Inform Decision Making* 2013;5:1-14.
- 60 Gardner MJ, Altman DG. Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *BMJ* 1986;292:746.
- 61 Goff DC, Lloyd-Jones DM, Bennett G, O'Donnell CJ, Coady S, Robinson J, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk. *J Am Coll Cardiol* 2013 Nov 12. [Epub ahead of print.]
- 62 Montori VM, Brito JP, Ting HH. Patient-centered and practical application of new high cholesterol guidelines to prevent cardiovascular disease. *JAMA* 2014;311:465-6.
- 63 Lenzer J. Why we can't trust clinical guidelines. *BMJ* 2013;346:f3830.
- 64 Mol A. The logic of care: health and the problem of patient choice. Routledge, 2008.
- 65 Ganann R, Ciliska D, Thomas H. Expediting systematic reviews: methods and implications of rapid reviews. *Implement Sci* 2010;5:56.
- 66 West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidsson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2014;174:527-33.
- 67 Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004;328:1166.
- 68 Chanchlani N, Godlee F. Educating tomorrow's doctors. *BMJ* 2012;344:e3689.
- 69 Cooke M, Irby DM, O'Brien BC. Educating physicians: a call for reform of medical school and residency. Wiley, 2010.

Zu zitieren als: *BMJ* 2014;348:g3725, © BMJ Publishing Group Ltd 2014

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen September und Oktober 2014 *

Name Antragsteller	Wb0 Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Martin Andres	FA Arbeitsmedizin	16.09.14
Dr. med. Markus Appel	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	09.09.14
Vladimir Atanasov	FA Viszeralchirurgie	09.09.14
Dr. med. Katrin Balkhausen	FA Innere Medizin und Kardiologie	15.10.14
Dr. med. Julia Ballouhey	FA Innere Medizin und Pneumologie	10.09.14
Ahmed Ben Shaban	FA Allgemeine Chirurgie	09.09.14
Dr. med. Katja Berger	FA Allgemeinmedizin	07.10.14
Oliver Berthold	FA Kinder- und Jugendmedizin	24.09.14
Nicolle Böhme	FA Viszeralchirurgie	09.09.14
Dr. med. Dagmar Bolduan	FA Arbeitsmedizin	16.09.14
Herdis Gabriele Bonabi	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.10.14
Dr. med. Friedrich Borchers	FA Anästhesiologie	16.10.14
Dr. med. Jonas Braunsdorf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.09.14
Dr. med. Hannes Cash	FA Urologie	21.10.14
Dr. med. Malte Corsepisus	FA Anästhesiologie	16.09.14
Franziska Ducke	FA Neurologie	30.09.14
Dr. med. Christian Duve	FA Innere Medizin und Pneumologie	10.09.14
Dr. med. Wladimir Faber	FA Viszeralchirurgie	14.10.14
Dr. med. Christina Fechler	FA Radiologie	15.10.14
Dr. med. Florian Pape	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	24.09.14
PD Dr. med. Steffen Frese	FA Thoraxchirurgie	10.09.14
Dr. med. Friedemann Schad	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	24.09.14
Dr. Tamara Gherman	FA Allgemeinmedizin	30.09.14
Dr. med. Johannes Golsong	FA Urologie	10.09.14

Name Antragsteller	Wb0 Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Katharina Gosch	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.09.14
Helen Grade	FA Innere Medizin	15.10.14
Dr. med. Daniel Bertram Grund	FA Innere Medizin und Pneumologie	10.09.14
Dr. med. Safak Gül	FA Allgemeine Chirurgie	10.09.14
Stephan Haack	FA Neurologie	30.09.14
Dr. med. Marit Rhena Habicher	FA Anästhesiologie	13.10.14
Deborah Höhle	FA Innere Medizin	24.09.14
Andreas Kaatz	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	24.09.14
Dr. med. Nilufar Karbalai	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	07.10.14
Dr. Mario Kasner	FA Innere Medizin und Kardiologie	15.10.14
Anna Kittel D ' Aguiar	FA Anästhesiologie	16.10.14
Dr. med. Juliane Klehmet	FA Neurologie	30.09.14
David Peter Kopitzke	FA Innere Medizin	24.09.14
Dr. med. Nancy Kretzschmar	FA Innere Medizin	01.10.14
Dr. med. Sybille Landwehr-Kenzel	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.10.14
Dr. med. Friederike Lang	FA Anästhesiologie	16.10.14
Jana Marie Lehner	FA Anästhesiologie	16.10.14
Karla Leimbach	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	22.10.14
Zebasil Lemma Jenber	FA Arbeitsmedizin	16.09.14
Kornelia Lindner	FA Radiologie	22.09.14
Dr. med. Verena Liu	FA Viszeralchirurgie	30.09.14
Bartosz Majchrzak	FA Psychiatrie und Psychotherapie	28.10.14
Kamila Zofia Makrutzki-Zlotek	FA Innere Medizin	10.09.14
Juliane Marohn	FA Innere Medizin	10.09.14
Klaus Maßwig	FA Viszeralchirurgie	29.10.14
Natascha Medrow	FA Allgemeinmedizin	30.09.14
Dr. Charalambos Menenakos	FA Viszeralchirurgie	30.09.14
Dr. med. Birgit Meybaum	FA Anästhesiologie	16.09.14
Sara Montag	FA Kinder- und Jugendmedizin	15.10.14
René-Lars Morgen	FA Thoraxchirurgie	10.09.14
Pascal Nadler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	14.10.14
Dr. med. Maxim Nebrig	FA Allgemeine Chirurgie	14.10.14
Thomas Neckritz	FA Psychiatrie und Psychotherapie	02.09.14
Angelos Neou	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	08.10.14
Harro Niemann	FA Allgemeinmedizin	14.10.14
Dr. med. Yvonne Niepelt	FA Anästhesiologie	16.10.14

ANZEIGE

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Caroline Nothdurfter	FA Psychiatrie und Psychotherapie	02.09.14
Silvia Pärish	FA Innere Medizin	15.10.14
Dr. med. Hanna Petersen	FA Kinder- und Jugendmedizin	24.09.14
Dr. med. Ron Philipps	FA Innere Medizin und Rheumatologie	10.09.14
Dr. med. Sebastian Rebohle	FA Anästhesiologie	16.09.14
Katja Reuthner	FA Innere Medizin	01.10.14
Dr. med. Benjamin Rohrer	FA Anästhesiologie	16.09.14
Dr. med. Marleen Rosche	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	10.09.14
Markus Runge	FA Innere Medizin	01.10.14
Sami Sadeg	FA Innere Medizin und Gastroen- terologie	24.09.14
Dr. med. Elisabeth Schellhaas	FA Allgemeine Chirurgie	14.10.14
Marcus Schmidt	FA Arbeitsmedizin	14.10.14
Dr. med. Jan Schmolke	FA Anästhesiologie	13.10.14
Dr. med. Ute Schwarz	FA Arbeitsmedizin	14.10.14
Dr. med. Mirko Seidel	FA Innere Medizin und Kardiologie	24.09.14
Dr. med. Natalie Siegle	FA Innere Medizin und Rheumatologie	10.09.14
Dr. med. Nadir Simbrey-Chryselius	FA Thoraxchirurgie	10.09.14
Dr. med. Barbara Stauber	FA Innere Medizin	15.10.14
Dr. med. Annegret Storch	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	10.09.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Juliane Straßburg-Jegelski	FA Thoraxchirurgie	10.09.14
Jennifer Sun-Torsten	FA Allgemeinmedizin	30.09.14
Dr. med. Jörg Svensson	FA Radiologie	15.10.14
Nora Veronika Takács	FA Innere Medizin	10.09.14
Dr. med. Maren Thiel	FA Innere Medizin	01.10.14
Mahtala Thiele	FA Anästhesiologie	16.10.14
Dr. med. univ. Alexander Tischner	FA Urologie	21.10.14
Dr. med. Agnieszka Töpfer	FA Innere Medizin	24.09.14
Martin Vogelsang	FA Urologie	21.10.14
Katja von Cirajewski	FA Innere Medizin	24.09.14
Anja Weber	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	02.09.14
Dr. med. Rolf Weidmann	FA Innere Medizin und Kardiologie	15.10.14
Dr. med. Karen Roselind Weißhaupt	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.09.14
Gunnar Wentrup	FA Allgemeinmedizin	07.10.14
Dr. med. Heike Zwahr	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17.09.14

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

ANZEIGEN

Hans-Henning Studt zum 80.

Viele, die in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts die medizinische Sicht auf psychische und soziale Aspekte von Patienten in der allgemein-ärztlichen Praxis und im Krankenhaus fördern und stärken wollten, freuten sich, als Hans-Henning Studt 1978 den Ruf auf die zweite Psychosomatik-Professur der Freien Universität im gerade neu erbauten Universitätsklinikum Steglitz – als Direktor der Abteilung für Psychosomatik – annahm. In dieser Zeit wurde es als sinnvoll angesehen, einen neuen Schwerpunkt in einem von sechs Medizinischen Departments zu setzen, um der Studen-tenausbildung und klinischen Forschung in Berlin neue Impulse zu geben, die von der anderen Lehrstuhlinhaberin Anne-marie Dührssen im Klinikum am Span-dauer Damm im ambulanten Bereich schon erfolgreich eingeleitet worden waren.

Hier brachte der Internist und klinische Forscher im Bereich der psychosomati-schen Diagnostik und Therapie neues Wissen und Erfahrungen mit, die er in der Psychosomatischen Klinik des Zentralinstituts für seelische Gesundheit (ZI) Mannheim und der Psychosomatik Umkirch, einer Abteilung der medizini-schen Klinik Freiburg gesammelt hatte. Mit Studien zu auslösenden Bedingungen von Asthma-Kranken und von Patienten mit funktionellen Herz-Kreislaufstörun-gen, dem Erkennen und Behandeln psy-chosomatischer Störungen in der ärztli-chen Praxis und einer 5-Jahreskatamnese von stationären psychosomatischen Patienten hatte er schon früh seinen wis-senschaftlichen Schwerpunkt auf inter-nistisch/klinische Fragestellungen gelegt, aber zusätzlich auch eine umfassende psychoanalytische Psychotherapieaus-bildung mit einem besonderen Schwer-punkt in der Gruppentherapie erhalten.

Hans-Henning Studt ist Hanseat, was man ihm im Umgang auch heute noch anmerkt und was ihm in Berlin bei seiner über 24-jährigen Tätigkeit sowohl Vor-

als auch Nachteile verschaffte. Er wurde 1934 in Hamburg geboren, studierte dort Humanmedizin und erhielt seine ersten psychosomatischen Prägungen durch Arthur Jores, dem er später eine Studie zur „Operationssucht“ widmete. Nach klinischen Tätigkeiten in Hamburg und Eschwege ließ er sich in Freiburg nieder und gelangte durch eigene Interessen und das unterstützende Umfeld (H. Enke, H. Heilmeyer, J. Cremerius) über die Innere Medizin in die Psychosomatik. Als Ergebnis seiner wissenschaftlichen und klinischen Tätigkeit erhielt er eine Prof-essur für Psychosomatik und Psychothe-rapie im ZI Mannheim und wurde zwei Jahre später nach Berlin berufen.

Nach dem erfolgreichen Aufbau einer psychosomatischen Ambulanz und einer Bettenstation, die mit Konsiliar/Liaison-diensten in verschiedenen klinischen Fachabteilungen fest in der Klinik veran-kert wurde – was in dieser Zeit eher sel-ten war – schuf er ein enges Versorgungs- und Fortbildungs-Netz mit niedergelas-senen Allgemeinärzten, Internisten, Psychotherapeuten und Kollegen anderer Fachgebiete. Darüber hinaus widmete er sich mit Liebe der Lehre, mit einer exzel-lent vorbereiteten Hauptvorlesung und einem sorgfältig abgestimmten Psycho-somatischen Praktikum (mit 14 Doppel-stunden in einer Studentengruppe pro Semester – heute keineswegs die Regel). Neben seiner wissenschaftlichen (z.B. die multizentrische Morbus Crohn-Studie, Essstörungenstudien) und einer umfang-reichen publizistischen Aktivität (z.B. Studt/Petzold, Psychotherapeutische Medizin, De Gruyter 2001) beeinflusste Studt auch die Integration des Faches Psychotherapie und Psychosomatik auf nationaler und internationaler Ebene erst als Vorsitzender der 1928 gegründeten Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP), die die Ehre hatte auch den Kongress der Internationalen Fachgesellschaft unter seiner Leitung in Hannover und drei Jahre später in Seoul auszurichten.



Foto: Fotostudio Leistschneider/Privat

Für die Situation in Berlin war entschei-dend, dass Hans-Henning Studt in seiner ruhigen Art die unruhige Psychoszene in Berlin auf akademischer Grundlage ein-band, intensive Netzwerke zwischen den Berliner Praktischen Ärzten (BPA), der Berliner Akademie für ärztliche Fort-bildung, Psychotherapeutenorganisa-tionen wie dem Kollegium für Psycho-somatische Medizin Berlin-Brandenburg, dem er lange Jahre als Vorsitzender vor-stand, und der DGPM, den Berliner psy-choanalytischen Instituten sowie ärztli-chen und psychologischen Berufsver-bänden knüpfte.

Wir seine Schüler und früheren Mitar-beiter, die teilweise wieder zu Chefärzten in deutschen und Berliner psychosomati-schen Kliniken wurden, freuen uns, dass Hans-Henning Studt seinen 80. Geburts-tag bei guter Gesundheit im Kreise seiner Familie feiern konnte. Er kann auf eine er-folgreiche ärztlich/psychotherapeutische Arbeit zurückblicken und hat sich um die medizinische Versorgung in Berlin außer-ordentlich verdient gemacht.

Prof. Dr. med. Hans-Christian Deter

Die Perinatalmalerin

Maina-Miriam Munsky (1943-1999)

„Ich male meine Bilder nach eigenen Fotos und mit dem Pinsel. Ich male Eingriffe in das Leben der Frau, des Kindes. Ich male Operationen, Geburt und den Tod. Grenzsituationen des Menschen, seiner Hilfslosigkeit, seines Ausgeliefertseins.

Ich male meine Bilder so objektiv, so wahrheitsgemäß, wie es mir möglich ist.“

Maina-Miriam Munsky, 1976

Ihre Motive fand die Berliner Künstlerin im Krankenhaus. Sie durfte in Erich Salings Gynäkologie (Neukölln, Mariendorfer Weg) fotografieren, in Kreiß- und Operationssälen. Die Werke, die dann im Atelier entstanden – Richtung: Kritischer Realismus“ oder „Neue Sachlichkeit“ – sind in vielen Museen vertreten, sogar im New Yorker Museum of Modern Art. Und auch an medizinischen Orten wie dem Dresdner Institut für Geschichte der Medizin oder im Ulmer Institut für Unfallchirurgische Forschung.

Nur auf eine Munsky-Ausstellung im Berliner Medizinhistorischen Museum warten Bewunderer der sehr berlinischen und sehr medizinischen Künstlerin seit langem vergeblich. Aber vor einem Jahr widmete ihre Galerie Poll (die nach Auflösung der Selbsthilfegalerie Großgörschen 35 die kritischen Realisten beherbergte) der „Perinatalmalerin“ eine Ausstellung zum 70. Geburtstag. Wir haben sie leider verpasst.

Zum Glück erschien gleichzeitig ein gewichtiger Band – mehr als ein Katalog, mehr als ein Begleitbuch: im Kern ein Bestandsverzeichnis, aber mit vielen Abbildungen und Texten verschiedener Autoren.* Viele der schätzungsweise 200 Gemälde sind zwar bekannt, aber heute verschollen, wie das Bild „Zwillinge II“ von 1971 auf unserer Abbildung im Hintergrund des Munsky-Fotos.

Seit 1970 hat die Künstlerin im Krankenhaus fotografiert, meist im Kreißsaal. Aber sie ist keine Fotorealistin. „In so gut wie al-

len Bildern veränderte sie ihre Vorlagen, ordnete das Bildgeschehen durch Reduktion auf das Wesentliche und eine strenge Komposition der Aussage unter, die sie treffen wollte“, schreibt Jan Schüler. Der Untertitel seines Buches, „Die Angst wegmalen“, ist ein Munsky-Zitat: „Die Angst und der Wunsch, sie mir wegzumalen – das Prinzip meiner Malerei“, sagte sie 1992 als Gastprofessorin der Hochschule für Bildende Künste in Braunschweig. Ihre Untersuchungs-, OP- und Entbindungsbilder strahlen jene ängstigende Kälte aus, die viele Patienten und gerade Frauen in klinischem Ambiente verspüren. Dessen Sterilität wird hier noch übertroffen: Es fließt kein Blut, rot ist allenfalls ein Tuch. Die Farben meist kühl und fahl, die Darstellung präzise und detailliert. Von den fast immer gesichtslosen Gebärenden, Operierten oder auch Toten sieht man nur Fragmente, wie Beine, festgeschnallt auf dem gynäkologischen Stuhl. Dazu konzentriert arbeitende Ärzte, medizinisch-technische Ausstattungen, magisch beleuchtete OP-Situationen.

Die Neugeborenen so wenig niedlich, wie sie eben sind, eher als kleine Scheusale oder hilflose Würmchen dargestellt. Auch der eigene neugeborene Sohn Daniel wird nur wenig geschönt. Manche Mütter erbateten sich trotzdem das erste Foto ihrer Kinder, aber Munskeys schonungslose Bilder stießen auch auf Ablehnung. Seit 1970 war sie mit Peter Sorge verheiratet, auch ein Künstler der Großgörschen-Gruppe. Die große Altbauwohnung in der Charlottenburger Clausewitzstraße 7 (die

sie aus finanziellen Gründen 1999 aufgeben mussten) bot Platz für zwei Ateliers. Ein Interview-Besuch ist schon wegen der beeindruckenden Erscheinung der Künstlerin bis heute unvergesslich: Klares, schönes Gesicht, langes schwarzes Haar, schwarze Kleidung, selbst die Katze schwarz. Ihre Bilder kommentierte sie sehr sachlich, Emotionen waren im Innersten verborgen.

Streng geheim blieb das prägende Erlebnis des Verlassenwerdens und der daraus folgenden Abtreibung. (Die wurde 1964 noch strafrechtlich verfolgt; die „Pille“ durfte nur Verheirateten verordnet werden.) Mit einem Stipendium floh sie hinterher nach



Foto: Bestandsverzeichnis

Florenz und erfand sich dort neu; legte den Vornamen Meina ab (obwohl er, als Ableitung von Imagina, so gut passte), schrieb sich nun Maina, fügte den jüdischen Namen Miriam hinzu. Sie färbte sich das blonde Haar schwarz und trug nur noch Schwarz. Trauerkleidung? Protest gegen die Unfähigkeit zu trauern? Der Vater war als Mitglied der Waffen SS in Gefangenschaft gestorben. Sie verbreitete die Legende von sich als verfolgtes und im Keller verstecktes jüdisches Kind.

Traurig endete das Leben der international bekannten und viel ausgestellten, aber dann fast vergessenen Künstlerin. Das Ehepaar Sorge/Munsky lebte von Sozialhilfe, und es lebte selbsterstörerisch: Dem exzessiven Raucher Sorge wurde ein Bein amputiert, und Munsky versuchte ihre Angst nicht mehr wegzumalen, sondern wegzutrinken. Alkoholkrank starb sie mit 56 Jahren an einer unstillbaren Oesophagusblutung.

Rosemarie Stein

*Jan Schüler und Kunststiftung Poll (Hrsg.): Maina-Miriam Munsky – Die Angst wegmalen. Bestandsverzeichnis der Gemälde und Zeichnungen 1965-1998, mit Beiträgen von Eva und Lothar Poll, Jan Schüler, Eckhart Gillen, Lucie Schauer, Heinz Ohff, Verlag Kettler, Bönen 2013

BERLINER ÄRZTE

12/2014 51. 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.
Michaela Braun (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, Berlin unter Verwendung von:
decade3d, Sebastian Kaulitzki, arsdigital, pixelcaos,
stockphoto-graf, adimas (alle Fotolia.com)

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784