

ÄRZTE BERLINER

09 / 2015 52. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin



AUS FEHLERN LERNEN
Sicherheitskultur
im Wandel?

Uro- onkologische Versorgungs- forschung – lebendig und auf hohem Niveau



Foto: privat

Dr. med. Götz Geiges

ist 1. Vorsitzender des Interessenverbandes zur Qualitätssicherung der Arbeit niedergelassener Uro-Onkologen in Deutschland e.V. (IQUO).

Häufig wird der Ruf nach verbesserter Versorgungsforschung laut. Politik und Mitglieder der Selbstverwaltung fordern dazu neue Konzepte, die noch erarbeitet werden müssten. Gerne werden die Defizite bei der Versorgungsforschung aufgezählt, man müsste, man könnte... Dabei sind bereits zahlreiche Initiativen aktiv. Diese Initiativen zu fördern und die Erfahrung ihres bisherigen Engagements nutzbringend aufzuarbeiten, könnte von Vorteil für alle Beteiligten sein und rasch vorzeigbare Erfolge aufweisen.

So ist der Interessenverband zur Qualitätssicherung der Arbeit niedergelassener Uro-Onkologen in Deutschland e.V. (IQUO) ein Zusammenschluss von deutschlandweit knapp 350 niedergelassenen Uro-Onkologen. Er hat sich aus der Erkenntnis für die Notwendigkeit der Qualitätssicherung gegründet. Zweck des Interessenverbandes ist der Erhalt und die Förderung einer qualifizierten, flächendeckenden, wohnortnahen, ambulanten Betreuung und Versorgung uro-onkologischer Patienten. Von Beginn an ist die sorgfältige Dokumentation der ärztlichen Tätigkeit verpflichtend für jedes Mitglied. Jeder Einzelne trägt dazu bei, die Therapie zu optimieren, Arzneimittelwirkungen und Nebenwirkungen besser zu monitorieren und

zu bewerten, kommen doch gerade Innovationen in der Praxis erstmalig außerhalb des geschützten Umfeldes einer klinischen Prüfung unter „real-life-Bedingungen“ zum Einsatz. Dazu wird ein breites Spektrum an Fortbildungen angeboten und eng mit anderen Fachgesellschaften kooperiert, um wissenschaftlich aktuell zu sein. Die wohnortnahe Behandlung und Leitlinien konforme Therapie urologischer Tumore ist damit gewährleistet. Dem Großteil betroffener Patienten ist die Alternative einer ambulanten Krebstherapie im gewohnten Umfeld und eine kontinuierliche Versorgung und Betreuung durch ein vertrautes und kompetentes Praxisteam unbekannt. Sie müssen heute nicht mehr unbedingt in eine Klinik gehen. Dass es ein Plus an Lebensqualität für den Patienten im vertrauten Umfeld gibt, steht außer Frage.

Der IQUO besteht seit 2008 und hat mittlerweile viele Fakten über Demografie, Morbidität, Behandlungsrealität etc. erfasst und wissenschaftlich abgebildet. Damit wurden Qualitätsstandards etabliert, die fortlaufend überprüft und verbessert werden. Der IQUO legt Wert auf eine kontinuierliche Aus- und Weiterbildung aller Beteiligten. Er hat sich Dokumentationsrichtlinien aufgelegt und verpflichtet seine Mitglieder,

Qualitätsdaten zur Versorgung in der täglichen Praxis standardisiert zu erheben. Diese Leistung findet mittlerweile auch nationale und internationale Anerkennung. So stellen die beteiligten IQUO-Kollegen in Baden-Württemberg ihre Dokumentation für das nationale Krebsregister zur Verfügung und beweisen damit die Leistungsfähigkeit des Systems. International ist zum Beispiel die Auszeichnung „Best Poster of the Session“ für den IQUO auf dem EAU Congress in Madrid 2015 für ein Poster über das Vorhersagetool „RiskCheck bladder cancer“ in der Behandlung des Blasenkarzinoms der aktuelle Beleg. Der Verband ist Mitglied im Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung e.V.

Die Aus- und Weiterbildung schließt auch das Team ein. Denn ein wesentlicher Teil der Praxisarbeit ist professionelle Kommunikation, ob mit Patienten oder im Team. Die Meinung der Mitarbeiter hören, ihnen Raum für Kritik oder Verbesserungsvorschläge zu geben – das motiviert. Kompetenzen einräumen und Möglichkeiten zu entscheiden, bedeutet für viele Mitarbeiter eine Aufwertung ihrer Arbeit. Dabei geht es ausschließlich um die Überlassung delegationsfähiger Leistungen. Je besser qualifiziert Mitarbeiter sind, desto höher ist die Qualität der gesamten Teamarbeit. Gute Qualität und ein gesundes Arbeitsklima sind die besten Voraussetzungen, seine Aufgaben gern zu machen, Patienten gut zu betreuen und aussagefähige Daten für eine lebendige Versorgungsforschung zu ermitteln.

Das kann der IQUO mit seinen Mitgliedern bereits jetzt.

Alt Rehse: Ein Ort des Erinnerns sucht Spender

In Mecklenburg-Vorpommern liegt am Ufer des Tollensesees – unweit von Neubrandenburg – der idyllische Ort Alt Rehse. Er war von 1935 bis 1942 Standort der NS-„Führerschule der Deutschen Ärzteschaft“. Rund 12.000 Ärzte, Apotheker und Hebammen wurden hier „weltanschaulich in Rassenhygiene geschult“. Alt Rehse stand an der Spitze eines umfassenden Systems der Beeinflussung und Gleichschaltung der Ärzteschaft, die sich weitgehend ohne Widerspruch in den Dienst der verbrecherischen Strategien zur Umsetzung der nationalsozialistischen Rassenhygiene stellte.



Foto: EBB

Teil des Gesamtensembles Alt Rehse, bestehend aus der NS-„Führerschule“, dem Musterdorf Alt Rehse und dem Mustergut, ist mit dem Gutshaus auch das älteste Gebäude des Ortes. Hier war das ursprüngliche Zentrum von Gut und Dorf, bevor der Ort 1934 vom NS-Ärztebund erworben und für seine Zwecke umgestaltet und missbraucht wurde. Heute stellen sich hier Fragen nach dem Selbstverständnis der Ärzteschaft, ihrer Haltung und aktiven Beteiligung an Zwangssterilisationen, zur „Euthanasie“, zu medizinischen Menschenversuchen und zu den Selektionen an den Rampen der Vernichtungslager. Der heutige Träger, die Gutshaus Alt Rehse gGmbH, und der wissenschaftliche Beirat der Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse e. V. (EBB), wollen an diesem Ort ein Studien- und Seminarzentrum errichten, welches einerseits durch eine Ausstellung an diese unsäglichen Geschehnisse erinnert, aber andererseits Grundlagen dafür schaffen soll, dass insbesondere Ärzte niemals wieder einer derartigen Verführung ausgesetzt wer-

den. Das Gutshaus soll nach seiner Sanierung als ein Zentrum medizinethischer Fragen nicht nur Medizinstudenten zur Verfügung stehen, sondern auch erfahrenen Praktikern. Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen sollen hier genauso ein Forum finden wie der interessierte Laie – der Patient.

Um diese Vorstellung zu realisieren, wurde bereits eine erhebliche Wegstrecke absolviert. Für die Rekonstruktion des Gutshauses und die Etablierung der Ausstellung sind insgesamt 5,8 Millionen Euro erforderlich. 3,9 Millionen Euro konnten bereits durch Fördergelder der Europäi-

schen Union, des Bundes und des Landes Mecklenburg-Vorpommern sichergestellt werden. 1,9 Millionen Euro muss der Träger durch Eigenmittel aufbringen. Daher bittet er die Berliner Ärztinnen und Ärzte um Unterstützung und ruft zu Spenden auf. Der Vorstandsvorsitzende des EBB Alt Rehse e.V., der ehemalige KBV-Vorsitzende und Klemperer-Medaillen-Preisträger Dr. Manfred Richter-Reichhelm, wird voraussichtlich in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 14. Oktober 2015 das Projekt vorstellen.

Weitere Informationen unter:

www.ebb-alt-rehse.de

www.gutshaus-ar.de

Spenden für Alt Rehse

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

Kontonummer: 0001574213

BLZ: 30060601

IBAN: DE95300606010001574213

BIC: DAAEDEDXXX

Kontoinhaber:

Gutshaus Alt Rehse gemeinnützige GmbH

Gutshaus 1 · 17217 Penzlin

Die Spenden können steuerlich geltend gemacht werden, die GmbH ist gemeinnützig.

Ethische Aspekte der modernen Fortpflanzungsmedizin

Social Freezing – Leihmutterschaft – Embryonenspende: Perspektiven für die Gesellschaft?

Die Erinnerungs-, Bildungs- und Begegnungsstätte Alt Rehse e.V. veranstaltet am 2. und 3. Oktober 2015 eine Tagung zum Thema „Ethische Aspekte der modernen Fortpflanzungsmedizin“. Die Entwicklung der Reproduktionsmedizin schreitet immer weiter voran. Die Konservierungsmethoden sind so weit entwickelt, dass es möglich ist, unbefruchtete Eizellen, die einer jungen Frau entnommen werden, einzufrieren und wenn die Frau sehr viel älter ist, aufzutauen, zu befruchten und ihr einzupflanzen. Eine Erweiterung der Selbstbestimmung oder neue Gefahren, wie die Verschiebung von Generationengrenzen? Was bedeuten diese Entwicklungen für die Gesellschaft von morgen? Kann und soll diese Entwicklung aufgehalten werden? Mit welchen Normen kann und soll die reproduktive Selbstbestimmung begrenzt werden? Eine Bestandsaufnahme und kritische Diskussion vor historischem Hintergrund.

Dies ist die dritte Tagung in der Reihe „Alt Rehser Wissenschaftsforum“, die von dem 2001 gegründeten EBB Alt Rehse e.V. veranstaltet wird. Innerhalb dieses Programms nimmt das „Alt Rehser Wissenschaftsforum“ eine zentrale Rolle ein: Alle zwei Jahre wird eine Tagung zum Thema „Ethik in der Medizin und im Gesundheitswesen“ durchgeführt, die relevante aktuelle Fragestellungen und Probleme der Biomedizin und Bioethik vor dem Hintergrund der Geschichte zum Thema hat.

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, wird um frühzeitige Anmeldung gebeten unter:

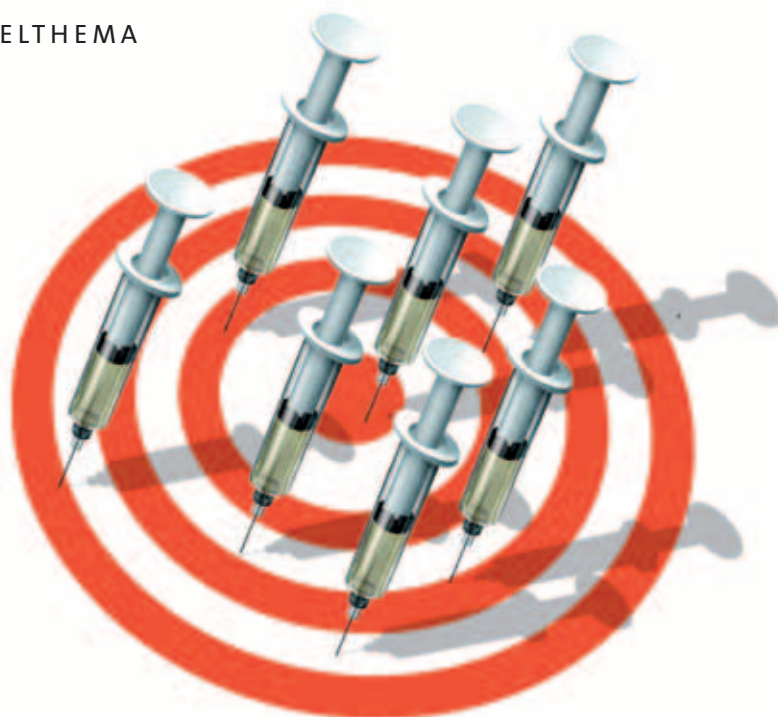
EBB Alt Rehse · Am Gutshof 1 - OT Alt Rehse · 17217 Penzlin

info@ebb-alt-rehse.de · Tel: 03962 / 22 11 23 · Fax: 03222 / 688 51 44

Weitere Informationen unter www.ebb-alt-rehse.de/files/forum.htm



TITELTHEMA



GASTKOMMENTAR

Uro-onkologische Versorgungsforschung – lebendig und auf hohem Niveau
 Von Götz Geiges.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK

Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft
 Die Nationale Kohorte in Berlin und Brandenburg.....27

Die neue Berufsordnung – Teil 6
32

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

LAGeSo Infektionsschutzbericht für das 1. Halbjahr 2015.....34

FORTBILDUNG

Sicherer verordnen.....10

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

Sicherheitskultur im Wandel?

Patientensicherheit wird definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse. Die Sicherheit betrifft vor allem den Patienten, aber auch den Arzt. In den vergangenen Jahren ist das Thema immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit geraten. BERLINER ÄRZTE gibt in dieser Ausgabe einen Überblick zum aktuellen Stand.

Von Barbara Hoffmann.....Seite 14

80plus – die fitten Alten!?

Altersmedizin und die Bedeutung von Bewegung im Alter
 Von Johannes Bruns.....30

VERSCHIEDENES

Alt Rehse: Ein Ort des Erinnerns sucht Spender.....4

PERSONALIEN

Erich Saling – dem „Vater der Perinatalen Medizin“ zum 90. Geburtstag.....23

FEUILLETON

Was sonst noch passierte
 Von Harald Mau.....36

Festveranstaltung

Gastroenterologie und Immunologie in der Deutsch-Japanischen Medizingeschichte

Die „Berliner Medizinische Gesellschaft“ und die „Deutsch-Japanische Gesellschaft Berlin“ widmeten im Juli der deutsch-japanischen Medizingeschichte eine ihrer wissenschaftlichen Sitzungen. Nachdem Prof. Dr. Ivar Roots, Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft, und Kurt Görger, Präsident der Deutsch-Japanischen Gesellschaft Berlin die Gäste begrüßt hatten, folgte ein Grußwort des Gesandten Takayuki Miyashita, dem Stellvertreter des Botschafters von Japan. Anschließend wurde im Rahmen von vier Festvorträgen an die gemeinsame Geschichte der deutsch-japanischen Medizin erinnert.

Bereits im Jahr 1870 entschied die Japanische Regierung, die deutsche Medizin als bindendes Modell für Ausbildung und Praxis japanischer Ärzte zu erklären. Welchen Anteil die Umsetzung dieses Dekrets auf die Entwicklung des japanischen Gesundheitswesens hatte, darüber berichtete Chisato Mori vom „Center for Preventive Medical Sciences, Ciba University“ Japan, der Urenkel des legendären Militärarztes und Schriftstellers Mori Ogai (1862 - 1922). Ogais Engagement für eine deutsch-japanische Zusammenarbeit wird noch heute in der Berliner Mori-Ogai-Gedenkstätte der Humboldt-Universität dokumentiert und geehrt. Auf Sternstunden in der Entwicklung der Mikrobiologie und Immunologie für deren Bedeutung die Ärzte Robert Koch, Paul Ehrlich, Emil von Behring und auf japanischer Seite Sahachiro Hata und Shibasaburo Kitasato eine beispielhafte Rolle gespielt haben, wies Reinhard Burger, Präsident a.D. des Robert Koch-Insti-

tuts, in seinem Vortrag hin. Dass die Impulse aber nicht nur aus Berlin kamen, sondern auch von der wesentlich älteren preußischen Universität Königsberg, veranschaulichte zudem der anwesende Arzt Hirofumi Ishikawa vom Nara Prefecture General Medical Center. Noch heute ist die Gastroenterologie Japans sowohl in Operationsverfahren als auch in der Benennung der Instrumente mit dem Namen deutscher Chirurgen, wie Egbert Braatz (1849 – 1942) aus Königsberg und Bernhard von Langenbeck (1810 -1887) aus Berlin verbunden. Die deutsch-japanische Zusammenarbeit in der Forschung sei auch heute nicht abgeschlossen, so Koichi Nishijo vom „Global Project Management General Medicine“ der Bayer-Pharma in seinem Vortrag. Neben der Förderung von vielversprechenden „start-ups“ stehe vor allem die Forschung

der „Myopic Choroidal Neovascularization (MCNV)“ im Mittelpunkt des Interesses. Zudem gibt es verschiedene deutsch-japanische Forschungsprojekte an der Charité und so ist es nicht verwunderlich, dass der Botschafter von Japan, S.E.Takeshi Nakane, die Aufarbeitung der gemeinsamen Geschichte beauftragt hat, um so zu bekunden, dass ein gutes deutsch-japanisches Verhältnis im Wissenschaftsbereich auch gepflegt werden muss.

Umrahmt wurde der wissenschaftlich und kulturell herausragende Abend durch das Vokalensemble Sakura, das deutsch-japanische Volkslieder in Begleitung von historischen Instrumenten (Koto, Shamisen) unter der Leitung von Noriyuki Sawabu präsentierte.

*E. Neumann-Redlin von Meding
Schriftführer „Berliner Medizinische Gesellschaft“*

Fortbildung Brandenburg

Suchtmedizinische Grundversorgung

Der 50-stündige Weiterbildungskurs gemäß Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg gliedert sich in drei Blöcke:

- 11./12.09.2015 Motivational Interviewing
- 09./10.10.2015 Alkohol, Nikotin und Versorgungssystem
- 20./21.11.2015 Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, Substitutionstherapie, Notfälle, Toxikologie, Gesetzliche Grundlagen

Wissenschaftliche Leitung:

Gisela Damaschke, Lübben • Dr. med. J. Hein, Prenzlau
Dr.phil. Dipl.-Psych. C. Veltrup, Lübeck

Ort: Geschäftsstelle der Landesärztekammer Brandenburg, Reiterweg 3 in 14469 Potsdam

Information und Anmeldung:

Die Teilnahme kostet pro Block 230 Euro.
Landesärztekammer Brandenburg,
Referat Fortbildung und Qualitätssicherung,
E-Mail: fb-qs@laekb.de, Fax: 0355 / 780 10 11 44.



International



Von Amerika lernen, heißt...

...**Fehler** nicht nachzumachen. Dies kann eine Erkenntnis aus dem hoch-interessanten und unterhaltsamen Vortrag der US-amerikanischen Professoren David U. Himmelstein und Stefie Woolhandler im Rahmen des „Spreestadtforums“ zur Gesundheitsversorgung in Europa Ende Juni in Berlin sein. Himmelstein und Woolhandler, beides Ärzte, sind Professoren für Public

Health an der City University of New York und an der Harvard Medical School. Seit über 30 Jahren nehmen sie das US-Gesundheitssystem kritisch unter die Lupe. Ihre aktuelle Analyse ist schonungslos: Rund 45.000 erwachsene Amerikaner würden jährlich aufgrund fehlende Krankenversicherung sterben, Tausende würden wegen ihrer hohen privaten Krankenversi-

cherungsbeiträge oder der immensen Kosten für medizinische Behandlung in den Bankrott getrieben. Und obwohl sich die Amerikaner das teuerste Gesundheitssystem der Welt mit den höchsten Pro-Kopf-Ausgaben leisteten, kämen bei der Bevölkerung nur ein Bruchteil für die medizinische Versorgung an, erklärten Himmelstein und Woolhandler. Ein Großteil werde

hingegen für Verwaltungskosten von Versicherungs- und Klinikkonzernen ausgegeben. Gegen deren Marktmacht werde auch US-Präsident Obama mit „Obamacare“, dem Gesetz zur Neuregelung des Zugangs zur Krankenversicherung, nichts ausrichten können. Und die demokratische Präsidentschaftskandidatin Hillary Clinton habe in einem Gespräch mit Woolhandler und Himmelstein einer umfassenden öffentlichen Krankenversicherung bereits eine Absage erteilt, weil aus ihrer Sicht nicht durchsetzbar. Trotzdem zeigten sich die beiden US-Professoren optimistisch, dass es aufgrund des instabilen amerikanischen Gesundheitssystems zu positiven Veränderungen kommen kann.

BERLINER ÄRZTE wird das Thema in einer zukünftigen Ausgabe aufgreifen.

Appell an die Ärzteschaft

Es sind die persönlichen Eindrücke, die einem an sommerlichen Augusttagen in Berlin nachdenklich stimmen. Wer auch immer in diesem Sommer dem LaGeSo einen Besuch abstattet, muss einsehen, dass etwas falsch läuft in dieser Stadt. Wie kann es sein, dass Hilfe suchende Menschen in der Hauptstadt unseres Landes in Umständen leben müssen, die eher an Notlager in Entwicklungsländern erinnern als an geordnete behördliche Einrichtungen eines wohlhabenden Industrielandes? In schockierender Realität wird uns verdeutlicht, dass staatliche Institutionen, aber auch wir als Gesellschaft versagen, so lange wir es zulassen, dass Menschen in Not mitten in unserer Stadt allein gelassen werden.

Innerhalb der letzten Monate ist es bei der Versorgung von Flüchtlingen aufgrund der deutlich angestiegenen Flüchtlingsanzahl zu erheblichen Problemen gekommen. Es ist offenkundig,

dass neu in Berlin ankommende Flüchtlinge mangels Kapazitäten beim LaGeSo über Tage nicht als Asylsuchende registriert werden und bis zu ihrer Registrierung ohne ausreichende behördliche Unterstützung ausharren müssen. Dies führt aktuell zu Obdachlosigkeit und fehlender medizinischer Versorgung der zum Teil schwer traumatisierten und kranken Flüchtlinge. Die hygienischen Bedingungen der zumeist in örtlicher Nähe zum LaGeSo campierenden Flüchtlinge sind prekär und beispiellos. Eine Behandlung der Asylsuchenden gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33, die das Erkennen einer besonderen Schutzbedürftigkeit von antragsstellenden Asylbewerbern verlangt, ist unter diesen Bedingungen nicht einmal mehr ansatzweise möglich.

Doch wenn man ehrlich der Realität ins Auge blickt, dann betrifft das Problem nicht nur die neu in die Stadt kommenden Flüchtlinge. Deren offenkundig fehlende

oder zumindest unzureichende Betreuung darf nicht darüber hinweg täuschen, dass wir bereits seit längerem auch ein Problem mit der adäquaten gesundheitlichen Betreuung der hier mit Asylantrag lebenden und der oft vergessenen illegal lebenden Flüchtlingen haben. Nach heutigem Stand ist es als wahrscheinlich anzusehen, dass in naher Zukunft die Zahl der uns um Hilfe bittenden Menschen nicht abnehmen, sondern eher noch zunehmen wird. Realitätssinn zeichnet sich somit in diesen Tagen darin aus, dass wir nicht nur für die Gegenwart sondern auch für die Zukunft in der Weise planen, dass wir über eine längere Zeit Ressourcen bereit stellen können, um für Asylsuchende Menschen eine würdige Betreuung zu garantieren.

Die teils katastrophalen Umstände rund um das LaGeSo sind leider beispielhaft für vieles, was wir aktuell bezüglich der Betreuung der Flüchtlinge erkennen müssen: Missstände werden zwar erkannt und glücklicherweise nur selten

verharmlost, sie führen aber nicht zu einer konstruktiven Lösungskultur der Verantwortlichen. Das Abschieben von Verantwortung unter dem Argumentationsdeckmantel der formal fehlenden Zuständigkeit bewirkt, dass staatliche Institutionen gelähmt erscheinen. Oft ist es nur dem ehrenamtlichen Engagement der Bürgerschaft zu verdanken, dass die Versorgung von Flüchtlingen nicht komplett zusammenbricht. Darauf aber allein zu bauen und damit zuzulassen, dass die staatliche Seite sich hierüber entlastet, wäre ein Fehler und ein deprimierendes Eingeständnis für das Versagen unserer Gesellschaft.

Es ist somit auch die Aufgabe der Ärzteschaft, die staatlichen Institutionen vehement aufzufordern, ihrer Verantwortung gerecht zu werden, eine ausreichende Versorgung der Flüchtlinge zu gewährleisten. Dies darf uns als Ärzteschaft aber nicht vergessen lassen, dass gerade auch wir in der Gesellschaft Verantwortung tragen und in Zeiten wie diesen es nicht nur bei Forderungen bewenden lassen

dürfen. Es ist unrealistisch zu glauben, dass die Politik allein in der Lage wäre, in kürzester Zeit eine adäquate Betreuung der großen Anzahl an Flüchtlingen sicher zu stellen. Vielmehr müssen wir als Ärzteschaft neben den berechtigten Forderungen an die Politik selbst aktiv sein. Wir müssen unseren Forderungen auch das Angebot gegenüber stellen, sofort unsere ärztlichen Fähigkeiten zur Verfügung zu stellen. Dies können wir tun, indem die selbstverwaltete Ärzteschaft den staatlichen Institutionen aktiv hilft, die medizinische und ärztliche Betreuung der Flüchtlinge in Berlin unbürokratisch zu verbessern. Dies können wir aber

auch im alltäglichen Leben dadurch erreichen, dass wir bei der ärztlichen Betreuung von Flüchtlingen keine unnötigen Hürden aufbauen. In unserer Berufsordnung haben wir geregelt, dass wir unser Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen. Es sind Tage wie diese, an denen wir es uns und allen anderen in unserer Gesellschaft vorleben können. Wer, wenn nicht die Ärzteschaft, muss jetzt zeigen, dass die Ideale unserer Gesellschaft sterben, wenn wir es nicht schaffen, Menschen in Not bei uns unter Wahrung ihrer Würde aufzunehmen.

PD Dr. Peter Bobbert
Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin

Ratgeber

Richtige Ernährung bei Krebs

Ernährung spielt bei Krebspatienten eine wichtige Rolle. Vor allem Mangelernährung und Untergewicht können zur Gefahr werden, da Gewichtsverlust häufig dazu führt, dass die Tumorbehandlung schlechter vertragen wird bzw. weniger wirkt. Einen Überblick über die „Unterstützende Ernährungstherapie bei Krebserkrankungen“ gibt die nun erschienene Broschüre der Berliner Krebsgesellschaft. Patienten und Interessierte erhalten einen verständlich und praxisnah aufbereiteten Überblick über verschiedene Ernährungsformen und Informationen, worauf sie beim Essen achten sollten. Die Broschüre kann per E-Mail unter: info@berliner-krebsgesellschaft.de kostenfrei bestellt werden.

Musikfest Berlin

Late Night: IPPNW-Benefizkonzert

Zugunsten der Stiftung NaturTon der Staatskapelle Berlin findet am 12. September 2015 ein weiteres IPPNW-Benefizkonzert im Kammermusiksaal der Philharmonie statt. Um 22 Uhr – also late night – werden die Gäste zunächst von Markus Bruggaier, einem Mitglied des Orchestervorstandes der Staatskapelle Berlin, begrüßt, bevor Claudia Stein (Flöte) und Oliver Pohl (Klavier) „Introduction und Variationen über Trockne Blumen“ aus der „Schönen Müllerin“ für Flöte und Klavier D 802 von Franz Schubert präsentieren.

Anschließend werden zehn Solisten der Staatskapelle Berlin mit dem „Oktett“ F-Dur D 803 von Franz Schubert zu hören sein.

Das Benefizkonzert findet im Rahmen des Musikfestes Berlin 2015 statt und ist eine gemeinsame Veranstaltung von IPPNW-Concerts, der Berliner Festspiele / Musikfest Berlin, der Staatskapelle Berlin und der Stiftung Berliner Philharmoniker.

Nähere Informationen zum Gesamtprogramm und Karten gibt es im Internet unter:

www.berlinerfestspiele.de sowie unter:

www.ippnw-concerts.de oder

telefonisch: 030 / 25 48 91 00.

Die Einnahmen dieses Benefizkonzertes fließen in das Auenwald-Renaturierungsprojekt in Moldawien, das die Musiker mit Patricia Kopatchinskaja ins Leben gerufen haben.

Weitere Informationen zu den Projekten gibt es unter www.naturton.org.

*Unerwünschte Wirkungen***Gefährliche Therapien**

In einem schon etwas älteren Kommentar zum Ungleichgewicht der Lobpreisungen neuer Therapien und deren nur am Rande erwähnten unerwünschten Wirkungen weist der Autor eines Beitrages in „pharmakritik“ darauf hin, dass

- ein großer Teil der Medikamente aufgrund von Surrogat-Endpunkten zugelassen sind und es unklar ist, ob ein neues Mittel einen Vorteil bezüglich echter klinischer Endpunkte bringen wird.
- Herstellerfirmen alles Mögliche tun, um zu vermeiden, dass unerwünschte Wirkungen bekannt werden (als Beispiele nennt er Manipulationen von Studien zu Rofecoxib und selektive Veröffentlichungen von Studien zu Antidepressiva).

Wir sollten uns von Überzeugungen distanzieren, schreibt der Autor weiter, dass wir mit unserer Behandlung (und besonders

mit einem neu eingeführten Mittel) immer etwas Gutes tun. Wir sollten uns angewöhnen, zurückhaltender mit Medikamenten und Dosierungen umzugehen, neue Medikamente besonders vorsichtig einzusetzen und genauer hinzuhören, wenn ein Patient über Nebenwirkungen berichtet.

Der Autor empfiehlt die Lektüre des 2015 im Münchener Riva-Verlag erschienenen Buches „Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität“ von Peter C. Gøtzsche – auch wenn es manchmal irritiere, dass Gøtzsche „kaum einen guten Faden an unserer Pharmakotherapie lässt“.

Quelle: pharma-kritik 2014; 36 (12): 47

*Quetiapin***Metabolische unerwünschte Wirkungen (UAW)**

Das atypische Neuroleptikum Quetiapin (Seroquel®) kann zu Gewichtszunahme, Erhöhung des Serumtriglyceridspiegels, des

Gesamtcholesterins und des Blutzuckerspiegels auf ein hyperglykämisches Niveau führen. Der Hersteller hat Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, um das Risiko des Auftretens dieser UAW zu minimieren (Tel. 0800 22 88 660). Als Test für eine Reduktion von UAW scheint diese Maßnahme bei entsprechender Auswertung sinnvoll.

Quelle: Pharm. Ztg. 2015; 160 (24): 100

*Amygdalin***Erneute Warnung**

Amygdalinhaltige Stoffe werden wieder vermehrt als alternative Heilmittel in der Krebstherapie beworben. Amygdalin kommt unter anderem in Kernen von bitteren Aprikosen und Pfirsichen vor. Die Bezeichnung Vitamin B17 ist irreführend, da Amygdalin für den normalen Stoffwechsel des Menschen nicht notwendig ist. Seine Wirksamkeit zur Behandlung von Krebserkrankungen gilt als widerlegt, seine Toxizität steht außer Zweifel. Laut Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ist Amygdalin als bedenkliches Arzneimittel einzustufen.

Quelle: Versicherungsmedizin 2015; 67 (2) : 81

*Verordnung***Neue Vorgaben für Rezepte**

Als Folge der Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung müssen Ärzte auf Rezepten neben der Telefonnummer nun auch den vollständigen Vornamen nennen. Eine Änderung des Arztstempels oder eine Rücksprache mit zuständigen Apothekern wird empfohlen. Wie üblich sind die Reaktionen der gesetzlichen Krankenkasse unterschiedlich: Ersatzkassen sollen bis Ende September auf Honorarkürzungen für Apotheker verzichten, wenn zum Beispiel der Vorname des Arztes nur abgekürzt auf dem Rezeptformular erscheint.

Quelle: Ärzte Zeitung vom 10./11.07.2015, S. 13

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

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

Neues Infoportal zu heiklen Themen

Kommen Männer in die Wechseljahre? Welche Maßnahmen beugen Harnwegsinfekten bei Männern vor? Wie machen sich Prostata- und Hodenkrebs bemerkbar? Diese und weitere Fragen zu urologischen Erkrankungen thematisiert das neue Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit ihrem Online-Angebot www.maennergesundheitsportal.de.

Das Portal bietet Informationen zu verschiedenen urologischen Erkrankungen und die Autoren stellen Maßnahmen zur Vorbeugung sowie Behandlungsmöglichkeiten vor. Abgerundet wird das Angebot durch einen Themenbereich mit validierten Erkenntnissen zu männlichen Geschlechtshormonen und den Folgen eines Testosteronmangels.

„Wenn Männer sich zu heiklen Themen wie Inkontinenz oder Erektionsstörungen informieren, dann am ehesten zunächst auf anonymem Wege im Internet. Das Männergesundheitsportal

reagiert auf diesen Bedarf, indem es seriöse, verlässliche Antworten auf viele Männerfragen liefert.“, so BZgA-Leiterin Dr. Heidrun Thaiss zu dem neuen Angebot. Gut informiert ließen sich diese sensiblen Themen leichter ansprechen und ermutigen im Idealfall auch zum Arztbesuch.

Die Urologie beschäftigt sich mit den Funktionen und Erkrankungen der Organe des Harntraktes und der Geschlechtsorgane des Mannes. Hier steht vor allem die Prostata im Fokus: Mit 65.000 Neuerkrankungen im Jahr ist Prostatakrebs der häufigste bösartige Tumor des Mannes, meist im höheren Lebensalter. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) spricht mit ihren Internetseiten www.frauengesundheitsportal.de und nun auch www.maennergesundheitsportal.de gezielt Frauen und Männer an, um sie über die Möglichkeiten einer geschlechtsspezifischen Gesundheitsvorsorge zu informieren.

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

DRK Kliniken Berlin | Köpenick

Zwei neue Chefarzte haben mit Wirkung vom 1. August

2015 in den DRK Kliniken Berlin | Köpenick ihre Arbeit aufgenommen.

Dr. med. Matthias Mende ist neuer Chefarzt der Klinik für vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie. Er war zuletzt als Chefarzt für Gefäßchirurgie in Stendal tätig. Zu seinen medizinischen Schwerpunkten zählen die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, der Halsschlagadern, der chronischen Venenerkrankungen, der Dialyse-Zugänge sowie die Wiedereröffnung von Gefäßverschlüssen. Der gesamte Bereich der Chirurgie an der Schlagader (Aorten-chirurgie) mit dem Einsetzen von Gefäßstützen (Stents) soll zudem in den DRK Kliniken Berlin | Köpenick weiter ausgebaut werden.

Zudem ist zum 1. August 2015 der bisherige kommissarische Leiter der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Rainer Wieth, zum Chefarzt berufen worden. Sein Vorgänger, Dr. med. Jörg Schreier, hatte das Unternehmen am 28. Februar 2014 verlassen. Rainer Wieth ist bereits seit 2000 als Arzt in den DRK Kliniken Berlin tätig. Im Juni 2008 wurde er Oberarzt und leitet die Klinik seit März 2014 kommissarisch. Er ist spezialisiert auf die Gebiete der gynäkologischen Onkologie und auf Erkrankungen des Beckenbodens, die er und sein Team mit modernen, minimal-invasiven Operationstechniken behandeln.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause. Tel.: 030 / 408 06-41 00 / -41 01, Fax: -41 99, E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

Fortbildung 1

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Jede Ärztin, jeder Arzt, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patientin / Patient hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist somit ein Gewinn für die Patienten und Ärzte sowie für das Behandlungsteam.

Die Teilnehmenden erarbeiten aktiv Gesprächs- und Aufklärungskonzepte für (Erst-)Diagnosen, Rezidiv bzw. Progress unter

Therapie sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten Simulationspatient/innen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 06.11.2015 –
Samstag 07.11.2015

Wissenschaftliche Leitung:
Dr. med. Christine Klapp

Ort: Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Information und Anmeldung:
Die Teilnahme kostet 290 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt.

Tel.: 030 / 408 06-12 09,
E-Mail: s.zippel@aekb.de

**Anerkannt mit
17 Fortbildungspunkten.**

Fortbildung 2

Zusätzliches Kursangebot: „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

Die Ärztekammer Berlin bietet seit April 2015 Fortbildungskurse nach dem Curriculum „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ an. Die Kurse entsprechen den Vorgaben der zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen getroffenen Delegationsvereinbarung.

Aufgrund der großen Nachfrage ist geplant, ab dem 5. November 2015 einen weiteren Fortbil-

dungskurs („NP 2015/03“) anzubieten. Diesen können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer noch innerhalb der in der Delegationsvereinbarung gesetzten Übergangsfrist (bis 30. Juni 2016) abschließen.

Die Anmeldeunterlagen für das neue Kursangebot „NP 2015/03“ finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de → MFA. Dort ist auch der Anmeldeabschluss notiert.

Die Ärztekammer Berlin behält sich vor, die Durchführung dieses Kurses von einer Mindestteilnehmerzahl abhängig zu machen. Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer: 030 / 408 06-26 36.



KV Berlin

Zeichen gegen den Aufkauf von Arztpraxen



Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin hat ein Zeichen gegen den Aufkauf von Arztpraxen in der Bundeshauptstadt gesetzt. In einer aktuellen Mitteilung an den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten hat sie die Gebiete in Berlin definiert, die wegen einer zu geringen Arztdichte einen besonderen Versorgungsbedarf aufweisen.

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Regelungen zur Aufkaufpflicht für Vertragsarztpraxen verschärft.

Jetzt gilt, dass bei einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent die Nachbesetzung einer Praxis abgelehnt werden soll, soweit keine Versagungsgründe vorliegen, die eine Nachbesetzung erforderlich werden lassen. Das Gesetz sieht nur zwei Ausnahmen von dieser Aufkaufpflicht vor: Entweder muss der potenzielle Praxisnachfolger einem bestimmten Personenkreis angehören – das sind etwa angestellte Ärzte oder Praxispartner des Arztes – oder er muss sich bereit erklären, die Praxis in ein Gebiet des Planungsbereiches zu verlegen, in dem nach Mitteilung der KV wegen einer zu geringen Arztdichte ein besonderer Versorgungsbedarf besteht.

Auch im sehr gut versorgten Planungsbereich Berlin mit 15 Arztgruppen oberhalb der 140 Prozent-Grenze gibt es Bereiche, in denen die Versor-

gung verbessert werden kann. Die KV Berlin hat deshalb dem Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten mitgeteilt, dass sie im einheitlichen Planungsbereich Berlin in allen Verwaltungsbezirken einen erhöhten Versorgungsbedarf sieht, in denen der regionalisierte Versorgungsgrad, wie im „Letter of Intent“ des Gemeinsamen Landesgremiums ausgewiesen, unter dem Versorgungsgrad für Berlin liegt. Damit wird noch einmal unterstrichen, dass der Erhalt und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Berlin oberstes Ziel der Bedarfsplanung und der Versorgungssteuerung sind.

Erklärt nun der potenzielle Nachfolger, dass er die Praxis in einen solchen Bereich verlegen wird, muss der Zulassungsausschuss die Praxis nachbesetzen. So können und werden langfristig Praxen aus hochversorgten Bereichen in weniger gut versorgte Bereiche verlegt.

Ohne diese Maßnahme droht mittelfristig eine deutliche Verschlechterung der Versorgungssituation in Berlin, vor allem Vertragsarztpraxen in den Außenbezirken sind derzeit von der Aufkaufpflicht bedroht. Damit würde ohne Not die Versorgungssituation der Patienten stark verschlechtert: Die Anfahrtswege zu den Vertragsärzten würden sich verlängern und letztlich auch die Wartezeiten steigen.



Fortbildung 3



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

in Kooperation mit der
Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



Nach den Erfolgen der Fortbildungskongresse der vergangenen Jahre lädt die Ärztekammer Berlin zusammen mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zum 4. Fortbildungskongress am 05. Dezember 2015 ein.

Auch in diesem Jahr werden wir ein Programm auflegen, das sich wesentlichen medizinischen Themen und ärztlichen Fähigkeiten in Plenarveranstaltungen sowie verschiedenen Workshops widmet.

Kongressleitung:

Dr. med. Günther Jonitz,
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig,
Dr. med. Matthias Brockstedt

Termin: Samstag, 05. Dezember 2015

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16 in
10969 Berlin

Teilnehmerentgelt:

45,00 EUR Mitglieder Ärztekammer Berlin
65,00 EUR Nichtmitglieder Ärztekammer Berlin

Anmeldung:

Andrea Hofmann
Tel.: 030 / 408 06-12 05
E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt.

Das Programm folgt in Kürze

Fortbildung 4

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:

Samstag, 12. Dezember 2015,
9-17.30 Uhr

Kursleitung:

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

Veranstaltungsort:

Kaiserin-Friedrich-Haus,
Robert-Koch-Platz 7 in
10115 Berlin
Kursgebühr: 100 Euro
(inkl. Verpflegung)

Anmeldung:

Ärztekammer Berlin,
Tel.: 030 / 408 06-12 15
oder per
Fax: 030 / 408 06-55 13 99,
E-Mail: fb-aag@aekb.de

Anerkannt mit

8 Fortbildungspunkten.



Auszeichnung

Ehemaliger Präsident des Robert-Koch-Instituts erhält Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland



Foto: RKI/Frank-Ossenbrink

Als Wissenschaftler und langjähriger Präsident des Robert-Koch-Instituts (RKI) habe Prof. Dr. Reinhard Burger maßgeblich zum Weltruf seiner Einrichtung beigetragen und sie für die Herausforderungen der Zukunft erfolgreich neu aufgestellt. Durch sein jahrzehntelanges Engagement im Arbeitskreis Blut des RKI habe er sich zudem

um die Verbesserung der Sicherheit von Bluttransfusionen in Deutschland verdient gemacht und damit das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die lebenswichtige Transfusionsmedizin gestärkt. Für sein Engagement im Kampf gegen schwerwiegende Infektionskrankheiten wurde Prof. Dr. Reinhard Burger nun vom Bundespräsidenten der Bundesrepublik Deutschland mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Überreicht wurde die Auszeichnung im Rahmen der 4. Nationalen Impfkongress durch den Berliner Senator für Gesundheit und Soziales Mario Czaja. „Unter Führung von Prof. Burger wurde das Robert Koch-Institut zur zentralen Schaltstelle im natio-

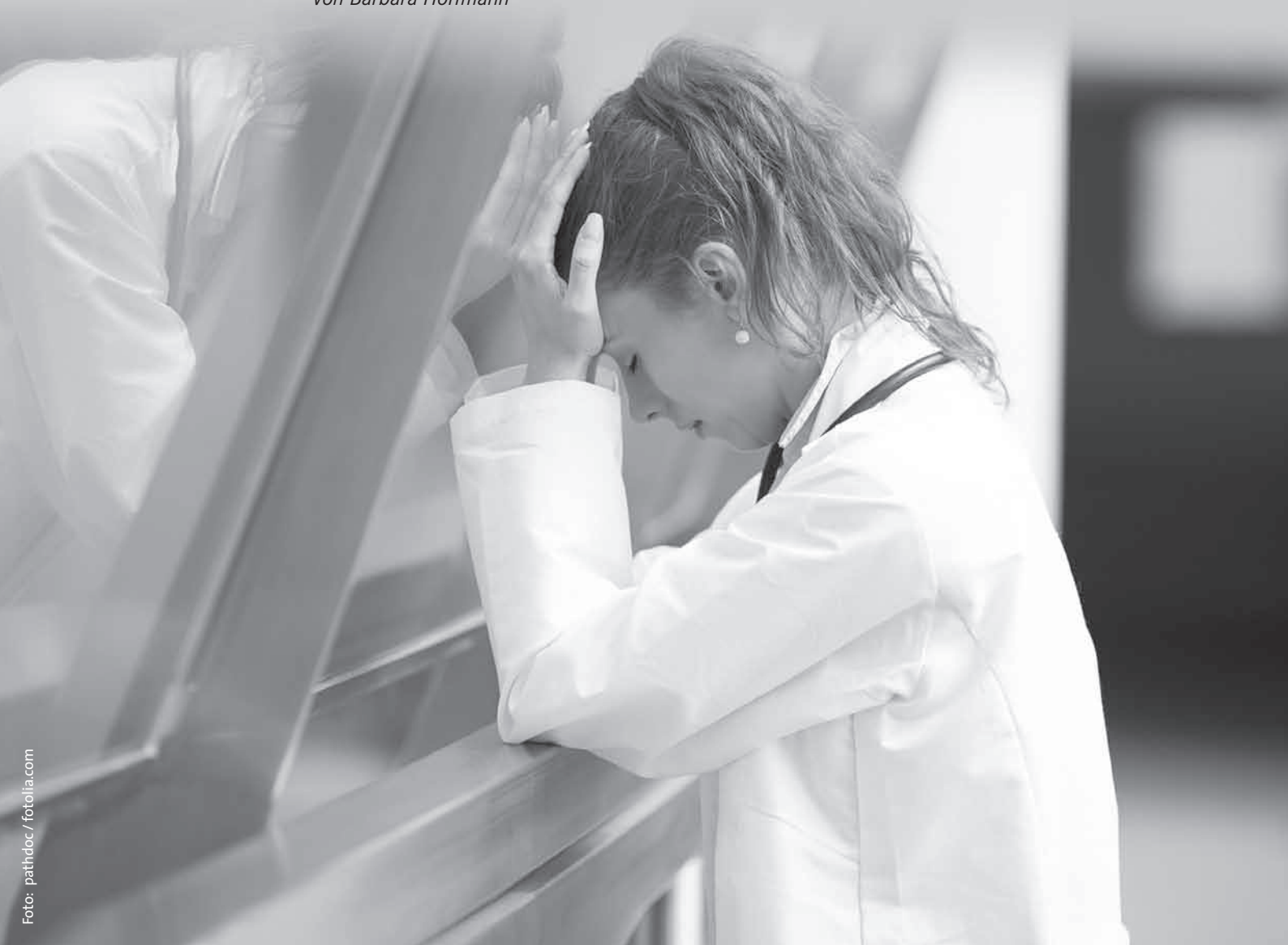
nen Frühwarnsystem für das Erkennen neuer gesundheitlicher Risiken in Deutschland. Sein ganz besonderes Verdienst ist zudem in der Leitung des Expertengremiums „Arbeitskreis Blut“ zu sehen, dessen Vorsitz er 21 Jahre lang inne hatte.“, betonte Czaja während der Veranstaltung.

Nach Promotion und Habilitation im Bereich Mikrobiologie an der Universität Mainz wurde Prof. Burger 1982, mit nur 33 Jahren, Professor für Immunologie an der Universität Heidelberg. Bereits zwei Jahre vor seinem Wechsel nach Berlin übernahm er 1987 die Leitung der Abteilung Immunologie am Robert-Koch-Institut und von 2010 bis Februar 2015 war er Präsident des RKI.

Sicherheitskultur im Wandel?

Patientensicherheit – ein Thema, mit dem sich die Ärztekammer Berlin seit langer Zeit intensiv befasst – ist inzwischen auch in der öffentlichen Wahrnehmung salonfähig geworden. Zahlreiche Initiativen beschäftigen sich damit und auch auf der politischen Agenda ist es angekommen. Aber wie weit sind wir wirklich inzwischen in Deutschland gekommen? Was kann als gesichert gelten? Welche Fragen sind noch offen? Eine Standortbestimmung.

Von Barbara Hoffmann



Vor zehn Jahren berichtete ein Hausarzt auf www.jeder-fehler-zaehlt.de (Fehlerberichts- und Lernsystem für Hausarztpraxen) vom Tod eines Patienten, den er einem Versäumnis in seiner Praxis zuschrieb. Was war passiert? Der ältere Patient hatte wegen einer rheumatoiden Arthritis wöchentlich Methotrexat erhalten. Nach anfänglich regelmäßigen Kontrollen des Blutbildes waren diese dann über fast ein Jahr nicht mehr erfolgt. Zu einem dringenden Hausbesuch gerufen, wies der Hausarzt den schwer kranken Mann ins Krankenhaus ein, wo eine schwere Panzytopenie festgestellt wurde, die er nicht überlebte.

Der berichtende Hausarzt beschrieb auch, wie es ihm nach diesem Ereignis erging: „Der liebenswürdige Patient ist durch meine Schuld verstorben. Noch heute betreue ich die schwerkranke Ehefrau und den nun erkrankten Sohn. Wenn ich das Haus betrete, legt sich ein Schleier um mein Herz. Ich habe nach dem Tod lange an Suizid gedacht und teile dieses Ereignis hier zum ersten Mal mit.“

Den Schaden trägt der Patient davon. Und der Arzt.

Das Leiden, das durch vermeidbare Fehler entsteht, ist das Leiden des Patienten, aber infolge des Risikos oder der Schädigung für den Patienten leiden auch Ärzte. Viele Untersuchungen der letzten 15 Jahre bestätigen, dass bei Behandlungsfehlern, insbesondere mit Schadensfolgen, die Beteiligten oft auch emotional involviert sind. Sie reagieren mit Wut, Trauer, Depression und stellen fest, dass sie auf diese Situation nicht vorbereitet sind. Ein Behandlungsfehler oder dessen Vorwurf stellt das ärztliche Selbstbild in Frage. Nicht nur das Vertrauen seitens der Patienten in ihren Arzt gerät in Gefahr, sondern auch das Vertrauen des Arztes in seine eigenen Fähigkeiten.

Ein hartnäckiges Vorurteil glaubt, dass Ärzte vor allem mit Abwehr, Ignoranz oder Vertuschen-Wollen auf den Vorwurf einer falschen Behandlung reagieren.

Definition der wichtigsten Begriffe

Patientensicherheit wird definiert als Abwesenheit unerwünschter Ereignisse.

Vermeidbares unerwünschtes Ereignis: Ein schädliches Ereignis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht. Wenn es auf einem Fehler beruht, wird es als vermeidbar bezeichnet.

Fehler: Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem vom richtigen Plan abgewichen wurde, ein falscher Plan oder kein Plan für die Handlung vorlag. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

Beinahe-Schaden: Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Behandlungsfehler: Ein schädliches Ereignis, das durch einen nicht indizierten Eingriff, das Unterlassen eines medizinisch gebotenen Eingriffs oder durch außer-Acht-lassen der erforderlichen Sorgfalt hervorgerufen wird.

Zusammenstellung auf der Basis des Glossar Patientensicherheit des APS e. V. <http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/glossar/>

Dabei geht vielleicht zu oft unter, dass auch Ärzte dadurch belastet sind, einen anderen Menschen durch ein (vermeintliches) Versagen geschädigt zu haben.

Diese Belastung (für Patient und Arzt) zu vermeiden, Patienten sicher und ohne weiteren Schaden durch die Behandlung zu versorgen, ist der Anspruch des „primum nihil nocere“. Was anfänglich als vertrauensbildende Maßnahme zur Verbesserung des ärztlichen Rufes gedacht war, ist heute immer noch eine zentrale Leitlinie ärztlichen Handelns. Allerdings haben sich die Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen immens gewandelt (Leistungsfähigkeit und -volumen, Spezialisierung, Fragmentierung, Ökonomisierung etc.). Früher wurden Behandlungsfehler als individuelle Probleme des beteiligten Arztes betrachtet, jetzt sind Patientensicherheit und Fehler in der Medizin Thema für ganze Gesundheitssysteme, weltweit (zu den Begriffen siehe Kasten). „Primum nihil nocere“ sprach den einzelnen Arzt an, heute sind das gesamte System und alle darin arbeitenden Menschen angesprochen.

Ein Beispiel: Patienten werden heute nicht mehr einfach ins Krankenhaus eingewiesen und dort von einem Chirurgen

operiert. In den perioperativen Prozess sind viele Mitarbeiter unterschiedlicher Berufsgruppen und Fachdisziplinen, unterschiedliche Abteilungen und Strukturen eines Krankenhauses involviert, deren Handeln aufeinander abgestimmt sein muss. Wesentlich für eine erfolgreiche operative Behandlung sind die Vorbereitung des Patienten und eine kompetente postoperative Versorgung.

2015 – überall sichere Gesundheitsversorgung?

Wenn am 17. September 2015 der erste Internationale Tag der Patientensicherheit in mehreren europäischen Ländern begangen wird, stellen sich beispielsweise folgende Fragen:

Wie häufig sind heute vermeidbare unerwünschte Ereignisse im deutschen Gesundheitssystem? Hat sich durch die Aktivitäten der vergangenen Jahre die Situation verbessert? Welche Krankenhäuser in Deutschland setzen z. B. die Checkliste "Sichere Chirurgie", die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagiert wird, ein und welche Wirkungen hat ihr Einsatz? (s. dazu auch das Interview mit Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des Gemeinsa-

men Bundesausschusses auf S. 22) Hat die Aktion „Saubere Hände“ (eine Kampagne für eine höhere Compliance bei der Händedesinfektion) die Anzahl der nosokomialen Infektionen vermindert?

Auf diese Fragen haben wir (noch) keine Antworten. Ob sich denn überhaupt etwas geändert hat, ist leichter zu beantworten, wenn man 10, besser 20 Jahre zurückschaut.

Was wurde bisher erreicht?

- Auf öffentlich zugänglichen Internetseiten berichten Ärzte und Pflegende über Fehler, die ihnen bei ihrer Arbeit in Praxis oder Krankenhaus unterlaufen sind.
- Nach schwerwiegenden Ereignissen rund um die Versorgung von Säuglingen geht der Direktor eines Universitätsklinikums ohne Umwege an die Öffentlichkeit, um über ein mögliches Versagen seiner Organisation zu informieren.
- Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement umfassen nun auch umfangreiche Maßnahmen des Risiko- und Fehlermanagements.
- Die Jahrestagungen des – von der Ärztekammer Berlin (ÄKB) mitbegründeten – Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS e. V.) verzeichnen von Jahr zu Jahr einen steigenden Zulauf.
- Ärztliche Organisationen (z. B. ÄKB, Ärztliches Zentrum für Qualität in der

Medizin, ÄZQ) und Ärzte waren von Anfang bei diesen positiven Entwicklungen und Initiativen beteiligt.

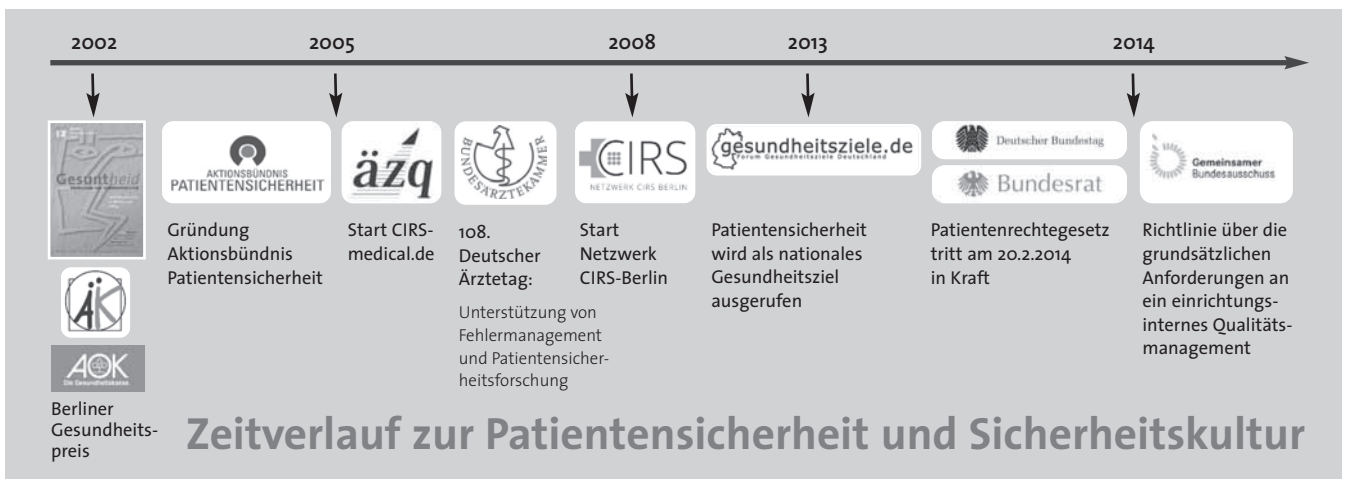
Zugegebenermaßen sind dies weiche „Daten“. Die Ergebnislage wissenschaftlicher Studien ist nicht eindeutig. In den initialen Untersuchungen zur Einführung der WHO-Checkliste "Sichere Chirurgie" wurden zum Teil verringerte Komplikationsraten nachgewiesen, bei der obligaten Einführung der Checkliste in die stationäre Versorgung in der gesamten Provinz Ontario in Kanada gelang dieser Nachweis jedoch nicht. Das sogenannte Keystone-Project im US-Staat Michigan wies eine beeindruckende Reduktion Gefäßkatheter-assoziiierter Infektionen nach. In England wurde das Projekt wiederholt und zeigt eher einen säkularen Trend der Verbesserung bei der Infektionsprävention, den man nicht einer einzelnen Intervention zuschreiben kann. Eine nationale Kampagne zur Verbesserung der Patientensicherheit in niederländischen Krankenhäusern in den Jahren 2008 bis 2012 erreichte eine Reduktion der Rate vermeidbarer unerwünschter Ereignisse um 30 Prozent und damit die Vermeidung von über 10.000 dieser Ereignisse in diesem Zeitraum. Allerdings war die Reduktion nicht signifikant.

National wie international ist der Befund eindeutig: Es muss weiterhin etwas getan werden, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Der Schaden für Patienten und für die Menschen in den Gesundheitsbe-

rufen ist nach wie vor zu groß. Im Vergleich zu 1995 oder 2005 wissen wir sehr viel mehr über die Herausforderungen einer sicheren Versorgung und mögliche Verbesserungsmaßnahmen. Menschliche Faktoren und Sicherheitskultur sind als wichtige Komponenten im Versorgungsgeschehen anerkannt. Heute darf man über Fehler sprechen und Krankenhäuser richteten auch schon lange vor der aktuellen G-BA-Richtlinie (von 2014) klinisches Risikomanagement ein. Wo besteht also noch Handlungsbedarf?

Patientensicherheit braucht Instrumente

Mehr Patientensicherheit zu erreichen, heißt zunächst, effektiv aus aufgetretenen Fehlern zu lernen. Damit dies nicht nur einzelne tun, bedarf es des richtigen Handwerkszeugs dafür. So wurden Instrumente wie Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen wiederbelebt, Lehrkonzepte für die Qualifikation in Fehleranalysen entwickelt und Berichts- und Lernsysteme (Critical Incident Reporting Systeme, CIRS) eingeführt. Treten bei der stationären Versorgung von Patienten Fehler auf, können Beteiligte darüber in internen CIRS berichten. Risiken im Krankenhaus werden so identifiziert und minimiert und dieses Wissen wird mit allen systematisch geteilt. CIRS als permanentes Angebot, über Fehler zu kommunizieren, folgt damit nicht nur dem Ansatz des gemeinsamen Lernens, sondern auch dem Ansatz, das Engage-



ment für eine sicherere Versorgung in die tägliche Arbeit am Krankenbett zu integrieren. Patientensicherheit geht alle an – jederzeit.

Um dieses Engagement zu unterstützen, hat die Ärztekammer Berlin bereits 2008 das Netzwerk CIRS-Berlin etabliert. Gemeinsam mit dem ÄZQ in der Medizin und aktuell 26 regionalen Krankenhäusern sind hier vor allem Ärzte und Pflegende aktiv, um konkrete Lösungen für Patientensicherheitsprobleme zu finden. Leider werden interne und einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsysteme noch viel zu wenig genutzt: Nicht nur, dass selten berichtet wird. Auch die mangelnde Konsequenz in der Umsetzung effizienter Maßnahmen, die von CIRS-Berichten abgeleitet werden, hindert CIRS bislang daran, ein erfolgreiches Instrument des klinischen Risikomanagements zu sein.

Patienten werden im Team sicher versorgt

CIRS sind ein mögliches Beispiel einer professions- und fachdisziplin-übergreifenden Kommunikation und Kooperation. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern ist es in Deutschland auch gelungen, CIRS nicht als das Instrument einer bestimmten Berufsgruppe allein zu etablieren. Es zeigt: Behandlungsfehler sind nicht nur ein ärztliches und nicht nur ein individuelles Thema.

Die Angst vor dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers und die mediale Schelte, die man im Begriff des „Ärztepfusches“ zusammenfassen kann, verstellen den Blick auf die Realität. So gibt es Hinweise aus anderen Ländern, dass ein großer Teil der Behandlungsfehler-vorwürfe durch eine sehr kleine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten produziert wird. Auch in Deutschland reift die Erkenntnis, dass diese Vorwürfe oft Folgen von Kommunikationsdesastern zwischen Arzt/Leistungserbringer und Patient sind. Die große Mehrzahl der Beinahe-Schäden und vermeidbaren unerwünschten Ereignisse jedoch, die in Krankenhaus und Praxis auftreten, wer-



den durch Störungen in Organisationsabläufen, in der Kommunikation und Teamarbeit, in der Führung und durch menschliche Faktoren an der Mensch-Maschine-Schnittstelle verursacht oder begünstigt.

Dabei scheint auch das Bild des Arztes als (einsamer) Held im Kampf um die Heilung des Patienten oder im Kampf gegen den Anwalt unscharf zu werden. Auch hier liegt der Befund auf der Hand: Eine sichere Versorgung wird durch eine gute Organisation, adäquate Prozesse, gelungene Kommunikation und kompetente, engagierte Mitarbeiter, also durch Teams und Kooperation, hergestellt. Ein Instrument, um dies umzusetzen, ist zum Beispiel die Checkliste "Sichere Chirurgie": Die durch mehrere Personen wiederholte Kontrolle bestimmter Informationen (Welche Seite wird operiert?) und notwendiger, zuvor definierter Prozesse (Hat der Patient bereits das Antibiotikum erhalten?), soll in dem komplexen Ablauf des Zusammenspiels verschiedener Berufsgruppen zu weniger Komplikationen führen.

Dieser Entwicklung folgend wurde der diesjährige 10. Berliner Gesundheitspreis, ausgelobt vom AOK Bundesverband, der AOK Nordost und der Ärztekammer Berlin, für Projekte interprofessioneller Teams im Krankenhaus ausgeschrieben. Mehr als 50 Projekte hatten sich beworben. Diese rege Beteiligung verstehen

ÄKB und AOK als Beleg für die zunehmende Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen in der Versorgungspraxis (s. BÄ 08/15).

Wie eine solche interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit mit direktem Bezug zur Patientensicherheit konkret aussehen kann, zeigt z. B. ein Projekt des gemeinsamen Medikationsmanagements in Apotheken und Arztpraxen in Thüringen. Zentrale Komponente des Projekts ARMIN ist die Erfassung der Gesamtmedikation des Patienten, d. h. aller haus- und fachärztlich verordneter Arzneimittel sowie der Selbstmedikation des Patienten, die durch den Apotheker erfolgt. Auf der Basis dieser Gesamtmedikation erstellen Arzt und Apotheker den Medikationsplan und nutzen damit ein gemeinsames Informationsinstrument. Medikamente werden bevorzugt nicht per Handelsname, sondern per Wirkstoff verordnet und aus einem Katalog ausgewählt. Dieser Katalog enthält die für versorgungsrelevante Indikationen zugelassenen Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen, die eine leitliniengerechte, patientenorientierte und wirtschaftliche Versorgung sicherstellen sollen. Das Ziel der Arzneimittelinitiative ARMIN ist es, die Adhärenz der Patienten sowie die Arzneimitteltherapiesicherheit zu erhöhen.

Interview BERLINER ÄRZTE (BÄ) mit Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, war Gründungsmitglied und zeitweise Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit.



BÄ: Herr Dr. Jonitz, mit dem Thema Patientensicherheit beschäftigen Sie sich schon sehr lange und intensiv. Nicht zuletzt mit Ihrer Rede auf dem Deutschen Ärztetag bereits im Jahr 2005 hier in Berlin haben Sie sich vehement für einen offensiven Umgang mit Fehlerereignissen in der Medizin eingesetzt. Warum ist Ihnen das Thema so wichtig?

Dr. Günther Jonitz:
Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung sind der Kern unserer ärztlichen Tätigkeit! „salus aegroti suprema lex“ und „primum nihil nocere“ – sind die beiden Antriebsfedern für uns Ärzte, sind der Kern unserer Motivation. Das Thema Patientensicherheit war lange Zeit mit einem Tabu belegt. Wer macht schon gerne Fehler und spricht dann auch noch darüber? Andererseits war es sehr wichtig, dieses Tabu zu brechen, mit dem Thema nach vorne zu gehen und offensiv mit der Frage umzugehen „Warum passieren Fehler in der Medizin, welche Ursachen gibt es und wie verbessern wir unser Handeln?“. Im Endeffekt nützt ein offener Umgang mit Fehlern Patient und Arzt.

BÄ: Wenn über Patientensicherheit gesprochen wird, dann wird auch meist betont, wie wichtig die Sicherheitskultur sei. Was ist damit gemeint?

Mit Sicherheitskultur ist gemeint, dass Menschen, die zusammen arbeiten, auch offen über Fehler oder Beinahe-Fehler reden, ohne sich anzufeinden, sondern wertschätzend zur künftigen Vermeidung von Fehlern. Das setzt sehr viel Vertrauen und eine gute Führung dieser Menschen voraus.

Eine gute Sicherheitskultur bewirkt, dass Dinge, die nicht optimal laufen oder gelaufen sind, offen thematisiert werden können. Im Vordergrund steht dabei nicht die Frage, wer schuld war, sondern, welche Umstände und Ursachen zu Fehlerereignissen führen und wie man diese zukünftig vermeiden kann. Die richtige Frage lautet also "was war schuld?". Als vor rund 15 Jahren das Thema Patientensicherheit auf der internationalen gesundheitspolitischen Agenda auftauchte, war ja das die zentrale Erkenntnis: Fehlerhaftes Handeln in der Medizin lässt sich meist nicht monokausal, etwa durch individuelle Unachtsamkeit etc. erklären. Vielmehr handelt es sich um ein komplexes Zusammenwirken von ganz unterschiedlichen Faktoren, die Fehlerereignisse begünstigen oder schlimmstenfalls bewirken. Bei Patientensicherheit geht es um Aufklärung und Verbesserung. Natürlich geht es auch um Verantwortung, sowohl des Einzelnen als auch der Organisation und der Führungsverantwortlichen auf den unterschiedlichen Ebenen im Gesundheitssystem. Insofern kommt es bei der Entwicklung der Sicherheitskultur darauf an, dass diese Grundhaltung, die nicht auf Sanktion sondern auf Optimierung aus ist, Raum greifen kann.

BÄ: Was hat man in Deutschland besonders gut gemacht?

In Deutschland haben wir sehr früh damit angefangen, uns mit der Fehlerprävention auseinanderzusetzen. 1995 kam ein erster Vorstoß aus Berlin in Richtung Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Im Jahr 2002 hat die Ärztekammer Berlin dann gemeinsam mit der AOK Flagge gezeigt, indem der Berliner Gesundheitspreis zu diesem Thema ausgelobt wurde. Mit diesem positiven, lösungsorientierten Ansatz waren wir im deutschsprachigen Raum – wahrscheinlich auch international – die Ersten. Rückblickend betrachtet war es insbesondere unser strategischer Ansatz, der dazu geführt hat, dass das Thema Patientensicherheit in Deutschland uns nicht etwa über eine Behörde top-down aufoktrojiert wurde. Vielmehr fan-

den in den Jahren 2003 bis 2005 unterschiedliche Aktivitäten statt, die letztlich dazu führten, dass sich alle (!) Beteiligten im Gesundheitswesen einig waren: Patientensicherheit ist nur in einer gemeinsam getragenen Initiative sinnvoll zu bearbeiten. Den Rahmen dafür bildete dann das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., das heute mit über 500 Mitgliedern, die aus allen Bereichen des Gesundheitswesens kommen, zahlreiche praxisorientierte, kostenfreie und öffentlich zugängliche Handlungsempfehlungen erarbeitet hat. Diese Vorgehensweise, dass man sich im Gesundheitswesen GEMEINSAM um Problemlösungen kümmert, war für uns alle – ich möchte mal sagen – „ungewohnt“ und hat zum Erfolg geführt, der auch international große Anerkennung gefunden hat. Es wird kein anderes Land geben, in dem so viele ärztliche Organisationen so stark das Thema "Patientensicherheit" befördern. Die positive Herangehensweise hat die "Sicherheitskultur auf nationaler Ebene" in Deutschland um 180° gedreht.

BÄ: Aber sind denn nicht alle Maßnahmen für mehr Patientensicherheit, die die Ärzteschaft zusammen mit anderen Akteuren aktiv ergreifen, nicht nur Symptombekämpfung, wenn die Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit (Personal- und Zeitmangel, Kostendruck etc.) keine wirkliche Sicherheitskultur zulassen?

Ja, das kann man fast so sagen. Wenn die Rahmenbedingungen so schwierig sind, dass ich beispielsweise in meinem Krankenhaus zwar ein Fehlermeldesystem habe, aber vorne und hinten das Personal fehlt, um die Patienten mit der ausreichenden Zeit behandeln und pflegen zu können, oder wenn die Zeit fehlt, sich angemessen um die Ärzte in Weiterbildung kümmern zu können, dann hilft es mir unmittelbar wenig, dass ich „Fehler“ melden kann. Aber man bleibt dank CIRS nicht mit dem Problem ‚hängen‘, sondern kann es anonym melden. Die Verfahren zur Patientensicherheit sind auch Notwehrmaßnahmen gegen schlechte Arbeitsbedingungen.

Um Patienten sicher versorgen zu können, bedarf es nicht nur der richtigen Einstellung

Das falsche Medikament ausgewählt, an eine mögliche Differentialdiagnose nicht gedacht, nicht rechtzeitig eingegriffen – beim nächsten Mal passe ich besser auf, bin vorsichtiger oder denke dran. Leider helfen all diese Strategien nicht nachhaltig, um sicherer zu arbeiten. Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen für eine sichere Versorgung im Gesundheitssystem basieren bislang überwiegend auf individueller Motivation, möglicherweise leidvoller Erfahrung und sind individuell verankert. Sie sollten jedoch systematisch und möglichst früh im Ausbildungsprozess vermittelt werden.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit hat daher bereits 2013 einen Lernzielkatalog vorgelegt, der die für eine sichere Versorgung erforderlichen grundlegenden Kompetenzen bei allen Gesundheitsberufen beschreibt. Auch im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) sind Kompetenzen, um wirksam aus Fehlern lernen zu können, aufgenommen worden (Beispiel siehe Kasten). Der NKLM wurde von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Medizinischer Fakultäten-Tag und der Gesellschaft für medizinische Ausbildung, an der auch Ärztekammerpräsident Günther Jonitz beteiligt war, entwickelt und im Juni diesen Jahres vorgestellt. Der NKLM beschreibt, über welche Kompetenzen ein Absolvent des Medizinstudiums verfügen soll.

In der Einleitung heißt es: „Neben den unstrittigen Kompetenzen in der wissenschaftlichen Analyse, der Erhebung und Bewertung von Daten und Fakten der biologischen, physiologischen und psychosozialen Interdependenzen des Menschen in Gesundheit und Krankheit werden Kompetenzen und Fertigkeiten in der Anwendung von diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie in der Kommunikation, der Interaktion und der Teamarbeit eingefordert.“

Insgesamt wird der Fokus verstärkt auf nicht-technische Fertigkeiten im Medizinstudium gelegt, beispielsweise interpro-

Beispielkompetenzen aus dem NKLM mit Bezug zur Patientensicherheit

- (8) Die Ärztin und der Arzt als Mitglied eines Teams
 - (8.1) ...reflektieren die Zusammenarbeit im Team und gestalten diese in konstruktiver Weise im Hinblick auf eine hohe Qualität der Patientenversorgung und Teamarbeit.
 - (8.1.2) Sie evaluieren mit den anderen Teammitgliedern die Qualität der gemeinsamen Arbeit und vereinbaren ggf. Maßnahmen zur Verbesserung. Sie können...
 - (8.1.2.1) eigenes und fremdes Verhalten reflektieren, Fehler erkennen und diese in angemessener Weise ansprechen.
- (10) Die Ärztin und der Arzt als Verantwortungsträger/in und Manager/in
 - (10.6) Die Absolventin und der Absolvent beachten die Patientensicherheit und sind sich ihrer unmittelbaren persönlichen Verantwortung bewusst.
 - (10.6.1) Sie thematisieren wesentliche Aspekte im Umgang mit Fehlern und nutzen Strategien zur Umsetzung von Patientensicherheit. Sie können ...
 - (10.6.1.4) Strategien zur Fehlervermeidung anwenden.
 - (10.6.3) Sie demonstrieren einen angemessenen Umgang mit unerwünschten Ereignissen und Fehlern. Sie können ...
 - (10.6.3.2) Fehler adäquat gegenüber Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen kommunizieren.

fessionelle und interdisziplinäre Kommunikation und Zusammenarbeit. Diese Kompetenzen – da sind sich Deutscher Ärztetag, ärztliche Berufsorganisationen und Fachgesellschaften einig – müssen verstärkt in Studium und Weiterbildung vermittelt werden.

In Modellstudiengängen werden z. T. bereits seit einigen Jahren systematisch Kompetenzen der Patientensicherheit vermittelt. So befassen sich alle Medizinstudierenden im Modellstudiengang Medizin an der Charité im Kurs „Kommunikation/Interaktion/Teamarbeit“ (KIT) unter anderem mit dem Thema Fehlermanagement: Anhand eines Fallbeispiels wird in Kleingruppen geübt und diskutiert, wie man aus einem Fehler im Krankenhaus lernen kann. An der RWTH Universität in Aachen wurden im Rahmen eines EU-Projektes Lehrkonzepte für Kompetenzen bei Übergaben entwickelt, durchgeführt und evaluiert. Dabei lernen

die Studierenden, was bei der Kommunikation bei einer Übergabe schief gehen kann und wie eine sichere Kommunikation konkret abläuft.

Patientensicherheit und Qualitätsförderung sind nicht als zusätzliche Fächer zu vermitteln, sondern sollten in die Curricula von Ausbildungs- und Studiengängen integriert werden. Und nicht nur Universitäten, Hoch- oder Berufsschulen sind gefragt: Um Kompetenzen in der Patientensicherheit fördern zu können, bedarf es eines integrierten Ansatzes, der neben der formalen Ausbildung bzw. dem Training auch die Weiterentwicklung der Sicherheitskultur am Arbeitsplatz in den Blick nimmt. Über die Basiskompetenzen des APS-Lernzielkatalogs oder des NKLM hinaus bedarf es für bestimmte, auch ärztliche Aufgaben weiterer Fertigkeiten. Als Beispiel sei hier auf die systematische Fehler- oder Systemanalyse verwiesen, die

bei Patientenschadensfällen, bei Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen oder bei CIRS-Berichten zum Einsatz kommt. Um bei der Analyse von Fällen nicht immer wieder beim Individuum zu landen, das fehlerhaft handelt, sondern insbesondere die Fehler im System identifizieren zu können (die dafür sorgen, dass unterschiedlichen Personen dieselben Fehler unterlaufen), bedarf es einer systematisch angewandten Technik (Diese kann zum Beispiel im Intensivseminar Fallanalyse der ÄKB erlernt werden.). Eine gute Analyse ist die Basis für adäquate Präventionsmaßnahmen – ganz gemäß dem Motto: Erst die Diagnose, dann die Therapie.

Eine fehlerfreundliche Gesundheitsversorgung

Der Begriff mag irritieren. Unter anderem bedeutet er, dass ein System nicht sofort dekompenziert, wenn ein Fehler auftritt, sondern dass es adäquat mit dem Fehler umgehen, d. h. drohenden Schaden abwenden und einer Wiederholung des Fehlers wirkungsvoll vorbeugen kann. Damit bietet Fehlerfreundlichkeit der Versorgung Sicherheit für Patienten und für die in diesem System arbeitenden Menschen.

So werden in einem adäquaten Fehlermanagement Fehler identifiziert, analysiert und Maßnahmen zur Vermeidung von Fehlern abgeleitet, die dann konsequent umgesetzt werden. Für Ärzte bedeutet dies, dass Fehler nicht umsonst geschehen, da anschließend gemeinsam aus dem Fehler gelernt wird. Dass sie auf einen fairen Umgang mit allen Beteiligten an einem unerwünschten Ereignis vertrauen können, der ihnen nur die Verantwortungen zuweist, die sie auch persönlich zu vertreten haben. Dass sie Fehler nicht selbst machen müssen, sondern von denen anderer profitieren können, da die Informationen über Fehler geteilt werden.

So ist die Sicherheit des Patienten aus mehreren Gründen ureigenes ärztliches Anliegen: Aus der Grundmotivation für

den Arztberuf – zu helfen, zu heilen und eben nicht zu schaden – und auch aus dem Bedürfnis nach Schutz der eigenen Integrität.

Der Rahmen muss stimmen

Die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung sind maßgeblich für die Gewährleistung von Patientensicherheit. Das Beispiel CIRS zeigt das Dilemma, in dem sich Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter befinden. Die sinnvollen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement werden zum Teil konterkariert durch die enorme Leistungsverdichtung bei gleichzeitig einsetzendem oder durch den „Produktionsdruck“ verstärktem Fachkräftemangel in Medizin und Pflege. Diejenigen, die Strukturen und Prozesse, vielleicht auch noch die Ausbildung in der Praxis verbessern sollen, haben gleichzeitig mehr und mehr Patienten zu versorgen. „Keine Zeit zu melden“ oder nicht umgesetzte sinnvolle Präventionsmaßnahmen sind aktuelle Befunde in vielen Krankenhäusern.

Damit Patientensicherheit nicht nur im Rahmen von Qualitätsmanagement ein Thema ist, sondern systematisch im gesamten deutschen Gesundheitssystem gefördert wird, arbeitet seit 2014 eine vom Präsidenten der ÄKB geleitete Projektgruppe an dem nationalen Gesundheitsziel „Patientensicherheit“. Die Gruppe besteht aus Vertretern aller wesentlichen Akteure im Gesundheitssystem und hat die Aufgabe, wichtige Handlungsfelder zu benennen und konkrete Ziele und deren Operationalisierung zu identifizieren. In einem Aushandlungsprozess sollen gemeinsame Ziele definiert werden, die dadurch eine höhere Chance haben, auch erreicht zu werden. In der Identifikation von Patientensicherheit als Nationalem Gesundheitsziel zeigt sich, dass auf der politischen Ebene das Thema angekommen ist: Die konkrete und für Patienten, Ärzte und andere Mitarbeiter spürbare Umsetzung muss weiter vorangebracht werden.

Patientensicherheit fördern heißt mehr als CIRS betreiben und auch mehr als nur ein Fehlermanagement zu etablieren und

Patientensicherheit: 1. Internationaler Aktionstag



Um das Bewusstsein für vermeidbare Risiken zu schärfen, wollen am 17. September die Plattform Patientensicherheit, das Aktionsbündnis Patientensicherheit und die Stiftung Patientensicherheit zusammen mit ihren Partnerorganisationen ein Zeichen setzen. Mit öffentlichkeitswirksamen

Aktionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz wollen die Macher zeigen, dass Patientensicherheit eine entscheidende Rolle bei der medizinischen Versorgung einnimmt. Unter dem Motto „Hygiene und Vermeidung von Infektionen in Gesundheitseinrichtungen“ sind alle Gesundheitseinrichtungen – von Krankenhäusern über Pflegeheime, Rehabilitationszentren bis hin zu Arztpraxen – aufgerufen, am 17. September zu zeigen, was sie bereits tun, um Infektionen und andere Risiken zu vermeiden.

„Der Internationale Tag der Patientensicherheit lebt vom Mitmachen. Wir wollen alle Akteure mobilisieren und die Öffentlichkeit sensibilisieren“, so die Vorsitzenden der drei Organisationen. Geplant sind Aktionen wie Tage der offenen Tür, Podiumsdiskussionen, Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen in Krankenhäusern, Unikliniken und anderen Einrichtungen.

Ausführliche Informationen zum 1. Tag der Patientensicherheit und zu den geplanten Aktivitäten gibt es im Internet unter: www.patient-safety-day.org oder unter: www.aps-ev.de

zu leben. Bislang liegt der Fokus auf fehlerhaften Abläufen und Patientenschäden. In der internationalen Diskussion wird mittlerweile die Frage gestellt, ob wir nicht stärker untersuchen sollten, welche Faktoren dazu beitragen, dass die große Anzahl der Behandlungen gut und sicher abläuft. Diese Diskussion hat jedoch gerade erst begonnen.

Skandalisierung von Behandlungsfehlern in den Medien spiegelt sich im Alltag nicht wider

Medizinische Fehler in der Laienpresse finden – eine vorsichtige Vermutung äüßernd – ein milderer Echo im Vergleich zu früheren Jahren. So waren jüngst die Informationsveranstaltungen, in denen die Bundesärztekammer und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) ihre Behandlungsfehlerstatistiken vorstellten, von dem Bemühen einiger Medien begleitet, Skandalisierungen zu vermeiden. Ein positives Beispiel gab die Bild-Zeitung, als sie in 2008 von den "mutigsten Ärzten Deutschlands" schrieb und damit auf die APS-Broschüre "Aus Fehlern lernen" Bezug nahm, in der Ärzte und Pflegenden über eigene Fehler berichteten. Auch wenn jeder Fall zu viel ist, die jährliche Anzahl der Behandlungsfehlervorfälle in Deutschland ist vergleichsweise niedrig. Zählt man die bei Ärztekammern, den Medizinischen Diensten der Krankenkassen und bei den Haftpflichtversicherern registrierten Anträge zusammen, werden ca. 40.000 bis 50.000 Vorwürfe von Behandlungsfehlern pro Jahr von Patienten oder Angehörigen geäußert. Gegenüber der Zahl der jährlichen stationären und ambulanten Behandlungen (lt. Statistischem Bundesamt waren dies in 2013 693 Millionen ambulante und 18,8 Millionen stationäre Behandlungen) ist die Zahl sehr gering. Behandlungsfehlervorfälle sind viel seltener als die geschätzte Zahl vermeidbarer unerwünschter Ereignisse: Allein für die stationäre Versorgung in Deutschland werden über 300.000 Ereignisse jährlich angenommen. Behandlungsfehlervorfälle

sind sehr selektiv und betreffen überproportional den stationären Bereich (bei den Gutachterkommissionen sind es ca. drei Viertel der Fälle). Dies weist vor allem darauf hin, dass Patienten eher einen Fehler vermuten, wenn es ein definiertes Ereignis oder eine definierte Zeitspanne (Operation oder Krankenhausaufenthalt) gibt, dem/der man ein Schaden zuordnen kann.

Patienten beschwerten sich also eher nicht bei Ärztekammer oder Krankenkasse, wenn etwas schief geht. Sie bringen nach wie vor Ärzten ihr Vertrauen entgegen. Vielleicht sollten Ärzte mutiger dieses Vertrauen würdigen, indem sie offen über Fehler sprechen („Es tut mir leid“). Ärztinnen und Ärzte müssen Patienten nicht „fürchten“, denn das offene Wort wird von der großen Mehrheit ihrer Patienten honoriert werden. Gleichwohl ist es nicht einfach, das (Selbst-)Bild des immer souverän und sicher auftretenden Arztes, von dem viele glauben, dass es für das Vertrauen und den Heilungsprozess ihrer Patienten wichtig ist, in Frage zu stellen. Das Reden über Fehler will gelernt sein. Diese Fertigkeit gehört zur ärztlichen Profession dazu (siehe Kasten zum NKLM). Die Ärztekammer Berlin wird im kommenden Jahr zu dieser Thematik wieder ein entsprechendes Fortbildungsangebot anbieten.

Unterstützung der Kollegen für das „zweite Opfer“

Fehler offenbaren ist auch im Kollegenkreis, im Team eine hilfreiche Strategie, um eigene Fehler zu verarbeiten und die leidvolle Auseinandersetzung mit diesen zu verringern (das „zweite Opfer“ zu verhindern). Schon vor 15 Jahren wurde der Begriff des „second victim“ geprägt und eine Unterstützung durch die Kollegen gefordert. Die Realität sieht oft genug wie folgt aus: Wenn etwas gravierend schief gegangen ist, stellen die Kollegen der beteiligten Ärzte oft keine Unterstützung dar. Viele Kollegen vermeiden eher, über das fehlerhafte Ereignis zu sprechen oder überhaupt Kontakt zu den beteiligten Personen zu haben.

Wenn einem Arzt ein Fehler unterläuft, der den Patienten schädigt, wird er aus diesem Grund nicht zwingender Weise sicherer arbeiten. Eher im Gegenteil – es droht eine Abwärtsspirale, in der Gefühle von Schuld und Frustration, Trauer und Angst zur Leugnung von Verantwortung und emotionalen Distanzierung führen, die die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung konkret gefährden.

Vorausschauende Unterstützung ist also gefordert und diese soll die physische und psychische Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte nach schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen bewahren helfen. Als erste Fachgesellschaft in Deutschland hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) in 2013 eine Empfehlung veröffentlicht, wie der „Umgang mit schweren Behandlungskomplikationen und belastenden Verläufen“ gestaltet werden soll. Die Empfehlungen richten sich an Betroffene, deren Kollegen bzw. deren Vorgesetzte und Klinikdirektoren. Sie baut auf Empfehlungen aus der Schweiz („Täter als Opfer“) auf, die bereits 2010 veröffentlicht wurden. Auch das APS legte mit „Reden ist Gold“ Empfehlungen vor, wie im Team nach einem Zwischenfall kommuniziert werden sollte.

Die Sicherheitskultur befindet sich im Wandel – allerdings ist die Entwicklung einer offenen, fairen und lernenden proaktiven Sicherheitskultur ein langwieriger Prozess und zusätzlich durch andere Trends in den Gesundheitssystemen (weltweit) erschwert. Im Vergleich zum Versorgungsgeschehen in 1995 oder 2005 wird es immer schwieriger, das Bewusstsein für die Risiken der Versorgung zu stärken, Patientensicherheitsmaßnahmen umzusetzen und die Menschen in den Gesundheitsberufen für die Aufgaben zu qualifizieren. Viel zu oft prallen widerstreitende Prioritäten aufeinander. Alles in allem gibt es Grund für vorsichtigen Optimismus und Skepsis zugleich.

Verfasserin:

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH
Abteilung 2 Fortbildung/Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin

Interview BERLINER ÄRZTE (BÄ) mit Frau Dr. Regina Klakow-Franck, Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung

Im Rahmen des Projekts „Action on Patient Safety: High 5s“, das im Jahr 2007 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) initiiert wurde, haben sich 16 deutsche Projekt-Krankenhäuser unter Federführung des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) für die Verbesserung der Patientensicherheit im OP-Bereich engagiert. Diese Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen implementierten standardisierte Handlungsempfehlungen (SOP = Standard Operating Procedure) zur Prävention von Eingriffsverwechslungen unter Verwendung einer Checkliste in den perioperativen Versorgungsprozessen. Am 1. und 2. Juni 2015 fand die Abschlussveranstaltung des Projektes statt. Sowohl zu der Handlungsempfehlung „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen“ und als auch zu den OP-Checklisten wurde auf Grundlage der High-5s-Projekterfahrungen in Deutschland ein Implementierungshandbuch erarbeitet. Auf Grundlage dieser Erfahrungen will der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mittels einer Richtlinie die Implementierung der SOP in deutschen Krankenhäusern zur Pflicht machen. BERLINER ÄRZTE sprach mit Dr. med. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des G-BA, darüber.



Versorgungslücken und ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus zu verringern. Es ist derzeit aber noch völlig offen, wann und welche verpflichtende QM-Maßnahme der G-BA aus dem AQUA-Bericht ableiten wird.

BÄ: Frau Dr. Klakow-Franck, nach einer mehrjährigen Erprobungsphase im Rahmen des internationalen High5s-Projekts plant der G-BA jetzt eine Richtlinie, in der die deutschen Krankenhäuser verpflichtet werden sollen, OP-Checklisten einzusetzen. Was sind die Ziele dieser Richtlinie? Und wird der G-BA begleitend überprüfen, ob diese Ziele erreicht werden?

Dr. Klakow-Franck:

Die zunehmende Komplexität der Medizin ist für sich alleine betrachtet Grund genug, Instrumente zur Fehlerprävention wie OP-Checklisten anzuwenden. OP-Checklisten werden von vielen Krankenhäusern bereits eingesetzt. Laut Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 soll der G-BA den Einsatz von OP-Checklisten verbindlich regeln.

Der G-BA wird OP-Checklisten in allgemeiner Form als Instrument des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in seiner neuen sektorenübergreifenden Rahmen-Richtlinie verankern. Dies wollen wir noch in 2015 beschließen.

BÄ: In Deutschland sind in den vergangenen 15 Jahren sehr viele Aktivitäten im Bereich Patientensicherheit und Qualitätssicherung auf freiwilliger Basis von den Akteuren im Gesundheitswesens ins Leben gerufen worden (bspw. die Gründung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit). Deutschland gilt in dieser Hinsicht als beispielhaft. Ist die verpflichtende Einführung von OP-Checklisten durch den Gesetzgeber wirklich notwendig?

Ich wünschte, eine verpflichtende Einführung wäre nicht erforderlich. Ich bin überzeugt davon, dass über kurz oder lang alle Krankenhäuser auch auf freiwilliger Basis dazu übergegangen wären, so wie sich auch die Anwendung von Patientenidentifikationsbändern (PIB) bereits breit durchgesetzt hat. Aber ich fürchte, so lange können wir nicht warten, da das Risiko von Schnittstellenproblemen steigt. Die zunehmende Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern und die immer größere Arbeitsteilung zwischen prä-, intra- und postoperativer Phase machen solche verpflichtend durchzuführenden Sicherheitsvorkehrungen wie OP-Checklisten unverzichtbar.

BÄ: Wie konkret werden die Vorgaben in der Richtlinie des G-BA sein? Wie viel Spielraum bleibt den Kliniken?

Wir werden nicht den Fehler begehen, eine bestimmte OP-Checkliste, wie zum Beispiel die WHO-OP-Checkliste, verbindlich vorzugeben. Das Projekt der High 5s hat ja gerade gezeigt, dass es sinnvoll ist, krankenhausesindividuelle Versionen zu entwickeln, die der Versorgungsstufe und dem OP-Betrieb des einzelnen Krankenhauses gerecht werden und von den Mitarbeitern akzeptiert werden.

BÄ: Welche weiteren QM-Instrumente sollen über die OP-Checklisten hinaus in nächster Zeit verpflichtend implementiert werden?

Das AQUA-Institut, das bis Ende 2015 noch für den G-BA als Qualitätsinstitut tätig ist, hat eine wegweisende Projektskizze zum Entlassungsmanagement vorgelegt. Kompetentes Entlassungsmanagement trägt dazu bei,

BÄ: Kann denn ein immer dichteres Netz von verpflichtenden QM-Maßnahmen die Patientensicherheit wirklich erhöhen, wenn gleichzeitig die Arbeitsverdichtung der Ärzte und der Pflege durch Personalengpässe und wirtschaftlichen Druck – und somit die Gefahr von Fehlern – immer weiter steigt?

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass mit der Anwendung von OP-Checklisten die perioperative Morbidität und Mortalität signifikant reduziert werden konnte. Aber weder der G-BA noch der Gesetzgeber sollten dem Irrtum unterliegen, durch QS-Maßnahmen Defizite und Probleme heilen zu können, die ihre Ursachen ganz woanders haben.

Konkreter Auslöser der derzeitigen „Qualitäts-offensive Krankenhaus“ sind nicht etwaige Qualitätsverschlechterungen in der stationären Versorgung, sondern die Fallzahlsteigerungs-Problematik und die strukturellen Defizite in der Krankenhauslandschaft. So lange die unzureichende Investitionskostenfinanzierung durch die Länder krankenhausesseitig durch DRG-Erlöse quersubventioniert werden muss, werden neue QS-Maßnahmen wie Zweitmeinungsverfahren und Qualitätszu- und -abschläge der Mengendynamik nur hinterherlaufen können.

Die Krankenhausreform beschränkt sich deshalb nicht nur auf eine Qualitäts-offensive, sondern hat als weitere Schwerpunkte die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung, die Einführung eines Strukturfonds sowie ein Pflegestellen-Förderprogramm. Es bleibt abzuwarten, ob dieses Gesamtpaket greifen wird. Der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser wird jedenfalls nicht abnehmen.

Erich Saling – dem „Vater der Perinatalen Medizin“ zum 90. Geburtstag

Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Erich Saling, Berlins international bekannter Geburtsmediziner, feierte am 21.07.2015 seinen 90. Geburtstag. Er legte im vergangenen Jahrhundert die Grundlagen für die moderne Geburtsmedizin. Dank guter Gesundheit und unvermindertem Elan ist er weiterhin wissenschaftlich aktiv.

Nach dem Medizinstudium in Jena und Berlin promovierte er 1952 mit der Dissertation „Lues als Abort- und Frühgeburtsursache“, als wenn er einen seiner heutigen Forschungsschwerpunkte schon vorhergesehen hätte. Dabei hatte Erich Saling zunächst gar nicht vor, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe zu werden – aber in der Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln war gerade eine Stelle frei geworden.

Mitte der 1950er Jahre dann das Schlüsselerlebnis: Als im Kreißaal ein asphyktisches Kind geboren wurde, hielt der Oberarzt es an den Füßen hoch und schlug kräftig auf das zierliche Gesäß. Durch diese „physikalischen Reize“ sollte das Neugeborene wieder ins Leben gerufen werden – das war der damalige Stand der Wissenschaft. Für Erich Saling war es ein Ereignis, an das er sich bis heute erinnert. Er entwickelte später ein Beatmungsgerät und ein spezielles Laryngoskop für Neugeborene. Seit damals hat er seine außergewöhnliche Neugierde und Kreativität darauf verwendet, wesentlich zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge und zur Senkung der Säuglingssterblichkeit beizutragen.

Erich Saling war der erste, der das ungeborene Kind als Patienten ansah, der ärztlich untersucht und behandelt werden kann. Er begründete damit die pränatale Medizin, aus „Geburtshelfern“



Foto: privat

wurden „Geburtsmediziner“. Er schrieb im Juni 1960 Geschichte, als er mit der Fetalblutanalyse unter der Geburt die erste direkte Untersuchung am noch ungeborenen Kind durchführte – damals für viele konservative Kollegen ein Tabubruch. Er erkannte auch die Restriktionen durch strenge Fächerabgrenzungen. So erweiterte er die pränatale Medizin zur perinatalen Medizin, in der Geburtsmediziner und Neonatologen sich gemeinsam um das Kind vor, während und nach der Geburt kümmern. 1966 erschien sein Buch „Das Kind im Bereich der Geburtshilfe“. Er entwickelte nicht nur zahlreiche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, sondern gründete auch die erste nationale und die erste internationale Fachgesellschaft für Perinatale Medizin sowie die erste internationale Fachzeitschrift auf diesem Gebiet, das angesehene „Journal of Perinatal Medicine“. Er organisierte viele Fortbildungsveranstaltungen und

Kongresse, an denen zahllose Kollegen aus dem In- und Ausland teilnahmen.

Nach Anerkennung als Facharzt für Frauenheilkunde und Habilitation wurde er 1976 Leiter des Institutes für Perinatale Medizin der Freien Universität Berlin und Chefarzt der Abteilung für Geburtsmedizin an der Städtischen Frauenklinik Berlin-Neukölln. Unter seiner Verantwortung kamen in der Klinik über 60.000 Kinder zur Welt.

Um im „Ruhestand“ seine Arbeit fortsetzen zu können, gründete er 1993 das „Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V.“ (www.saling-institut.de), das er bis heute leitet. Ein Forschungsschwerpunkt ist die durch aufsteigende vaginale Infektionen verursachte Fehl- bzw. Frühgeburt. Zu deren Prävention entwickelte er u. a. die Selbstvorsorgeaktion für Schwangere, womit jede Schwangere Warnhinweise früh erkennen kann, so früh wie es bislang nicht möglich war.

Erich Saling ist amtierender Präsident der International Academy of Perinatal Medicine. Weltweit wird er als „Father of Perinatal Medicine“ angesehen und geehrt – nach ihm ist der „Erich Saling Perinatal Prize“ benannt, den die World Association of Perinatal Medicine regelmäßig vergibt. Er erhielt zahlreiche nationale und internationale Auszeichnungen, u. a. das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und die Georg-Klemperer-Medaille der Ärztekammer Berlin. Am 5.9.2015 wird das Vivantes Klinikum Neukölln aus Anlass seines 90. Geburtstages einen Kongress ausrichten.

Freunde, Kollegen und Wegbegleiter wünschen ihm viele weitere erfüllte Jahre.

Jürgen Lühje (Arzt), Berlin

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
<p>■ Online-Modul: 01.09.-01.10.2015 Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015</p>	<p>Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 25)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 06 E-Mail: d.buenning@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €</p>	37 P
<p>■ 16.09.2015</p>	<p>Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung? Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis (weitere Informationen s. S. 25)</p>	<p>Berliner Notdienst Kinderschutz Mindener Str. 14 10589 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 03 E-Mail: b.scholz@aekb.de Die Teilnahme kostenfrei und eine Anmeldung erforderlich.</p>	3 P
<p>■ 07.10.2015, 18.11.2015 und 09.12.2015</p>	<p>Weiterbildungskurs Pädiatrie zum Facharzt für Allgemeinmedizin (weitere Informationen s. S. 26)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: a.hellert@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €</p>	9 P
<p>■ 15.10.2015 (16-19.30 Uhr)</p>	<p>Sexuell übertragbare Infektionen: Sie sind wieder da – was ist zu tun? Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Deutschen STI-Gesellschaft (weitere Informationen s. S. 26)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstraße 16 10960 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de Eine formlose Anmeldung ist erforderlich.</p>	4 P
<p>■ 06.11.-07.11.2015</p>	<p>Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten (weitere Informationen s. S. 12)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €</p>	17 P
<p>■ 07.11.2015</p>	<p>Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €</p>	8 P
<p>■ 18.11.2015</p>	<p>Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Die Teilnahme kostenfrei und eine Anmeldung erforderlich. Jetzt auch Gebiet Augenheilkunde</p>	keine
<p>■ 26.11.2015</p>	<p>CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams (weitere Informationen s. S. 26)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Informationen und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02, E-Mail: e.hoehne@aekb.de Teilnehmergebühr: 100 €</p>	10 P
<p>■ 05.12.2015</p>	<p>4. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (weitere Informationen s. S. 13)</p>	<p>Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin</p>	<p>Information und Anmeldung: Andrea Hofmann, Tel.: 030 / 408 06-12 05 E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitglieder, 65 € Nicht-Kammermitglieder</p>	beantragt

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 29.02.–02.03.2016	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärzttekammer 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 €	23 P
■ 02.03.–04.03.2016	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärzttekammer 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

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Mit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes sollen auch Ärztinnen und Ärzte bei Anhaltspunkten von Kindeswohlgefährdung die Situation mit den Eltern erörtern. Das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin wendet sich an Kinder- und Jugendärzte sowie an Hausärzte, steht aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen. Das Anliegen besteht darin, interessierte Ärztinnen und Ärzte mit dem Berliner Verfahren zum Kinderschutz vertraut zu machen. Die Arbeitsbereiche des Berliner Notdienstes Kinderschutz und des Kinderschutz-Zentrums werden vorgestellt und die Handlungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten anhand von Praxisbeispielen dargestellt.

Termin: Mittwoch, 16. September 2015 von 15 bis 16:30 Uhr

Referenten: Andreas Neumann-Witt, *Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz*
Lotte Knoller, *Kinderschutz-Zentrum Berlin*

Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt, *Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin*

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

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenfrei und die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. **Eine Anmeldung ist erforderlich:** Ärztekammer Berlin, Fax 030 / 408 06-55 14 03 oder per E-Mail an b.scholz@aekb.de, Tel.: 030 / 408 06-14 03. Anerkannt mit **3 Fortbildungspunkten**.

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?

In diesem gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit angebotenen Seminar werden die praktischen Fertigkeiten zur Fallanalyse nach Schadensereignissen, von CIRS-Berichten und für Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen vermittelt.

Das Intensivseminar ist spezifisch auf den Krankenhausbereich ausgerichtet..

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 01.09.-01.10.2015

Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt. Eine Anmeldung ist erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 06, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de. Anerkannt mit **37 Fortbildungspunkten**.

Spezialkurse im Strahlenschutz

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung bei Interventionsradiologie und Computertomographie

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Termin: Donnerstag, 3. Dezember 2015, 8.30-17 Uhr

Ort: Akademie für Kardiotechnik am Deutschen Herzzentrum Berlin
Oudenarder Str. 16-20, Carrée Seestraße (ehem. Osramhöfe), 13347 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Termin: Freitag, 4. Dezember 2015, 9-17.15 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet jeweils 155 Euro. Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 15, E-Mail: fb-aag@aekb.de Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Täuschung und Manipulation mit Zahlen

Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen

„Das Mammographie-Screening senkt das Risiko, an Brustkrebs zu sterben, um 25 Prozent.“ Hätten Sie gewusst, dass diese relative Risikoreduktion bedeutet, dass 1 von 1.000 Frauen weniger an Brustkrebs stirbt? Wenn nein, sind Sie in guter Gesellschaft.

Wer keinen Draht zu der Materie Statistik findet, aber einen Einstieg sucht, ist hier richtig. Die Teilnehmer sollen in die Lage versetzt werden, positive Untersuchungsergebnisse oder Zahlenangaben, z.B. signifikante Studien-Ergebnisse kritisch zu würdigen, um ihre Patienten auf besserer Wissensbasis beraten zu können. Im Vordergrund stehen das Verstehen und der Umgang mit statistischen Grundbegriffen und deren Abhängigkeit voneinander. Unterschiede zwischen bedingten Wahrscheinlichkeiten (Relativ-Prozent) und natürlichen Häufigkeiten werden ebenso herausgearbeitet, wie auch das Verstehen von Interessenskonflikten, die häufig dazu führen, dass Statistiken irreführend dargestellt werden und mit Zahlen getäuscht wird.

Mit praktischen Übungen. Es wird keinerlei Vorwissen erwartet.

Termin: Seminar-Teil 1: 04.11.2015 von 17-19:30 Uhr

Seminar-Teil 2: 18.11.2015 von 17-19:30 Uhr

Referent: Dr. med. Hans-Joachim Koubenec

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 0969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 40 Euro für beide Teile, Teil 1 und 2 sind aber auch einzeln buchbar. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 08 oder -12 03, E-Mail: c.hasenbeck@aekb.de. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten** für beide Teile, bzw. **4 Fortbildungspunkten** pro Teil.

Das Seminar bieten wir gern auch als Inhouse-Schulung in Ihren eigenen Räumen an!

Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK zur Erlangung einer ankündigungsfähigen Qualifikation

Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren. Es werden Präventionskonzepte, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepte des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und mit praktischen Übungen vertieft.

Termin: 02.11.-18.12.2015 | Blended-Learning inkl. 2 Präsenztage am 20.11.2015 und 18.12.2015 jeweils von 8:30-18 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und ist auf 20 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 11, E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de

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

Gewalt in Paarbeziehungen ist weit verbreitet und betrifft überwiegend Frauen und Kinder. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen und wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten. Hierbei sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen und in der rechtssicheren Dokumentation, wie in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie in der Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin.

Termin: 26.09.2015 (10-16 Uhr) und 30.09.2015 (17-19:30 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin. Die Teilnahme ist kostenfrei und eine Anmeldung erforderlich: S.I.G.N.A.L. e.V., E-Mail: winterholler@signal-intervention.de, Fax: 030 / 27 59 53 66. Anerkannt mit **8 Fortbildungspunkten** (26.09.2015) sowie mit **4 Fortbildungspunkten** (30.09.2015).

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: 07.10.2015, 18.11.2015 und 09.12.2015 jeweils mittwochs 19-21.15 Uhr

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

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro. Tel.: 030 / 408 06-12 03, E-Mail: a.hellert@aekb.de. Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

CIRS für Einsteigerinnen und Einsteiger

Fortbildungsangebot für Mitarbeiter Krankenhaus-interner CIRS-Teams

Seit gut zehn Jahren werden in deutschen Krankenhäusern Critical Incident Reporting Systeme (CIRS) genutzt, um aus Beinahe-Schäden, die bei der Versorgung der Patienten auftreten, systematisch zu lernen. Seit 2014 sind nach der Risikomanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nun alle Krankenhäuser verpflichtet, CIRS einzuführen.

Um ein internes CIRS kompetent zu betreuen, benötigen die verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des CIRS-Teams Kenntnisse und Fertigkeiten, die in diesem eintägigen Seminar vermittelt werden.

Inhalte: Was ist CIRS und wie funktioniert es? Meldesystem, Prozesse und Aufgaben im CIRS-Team. Juristische Rahmenbedingungen sowie die Methode der Fallanalyse an einem Beispiel, Risikobewertung und Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Ergebnisse/Feedback.

Termin: 26.11.2015, 9-16:15 Uhr

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 100 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt. Tel.: 030 / 408 06-14 02, E-Mail: e.hoehne@aekb.de. Anerkannt mit **10 Fortbildungspunkten** der Ärztekammer Berlin und **8 Fortbildungspunkten** der Registrierung beruflich Pflegenden (RbP).

Sexuell übertragbare Infektionen: Sie sind wieder da – was ist zu tun?

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Deutschen STI-Gesellschaft

Sexuell übertragbare Infektionen (STI) waren in der Gesellschaft und bei Ärztinnen und Ärzten viele Jahre ein Randthema. Unterdessen steigen die gemeldeten Syphilisinfektionen sowie die Chlamydien-, Gonorrhoe- und HPV-Infektionen. Erschwert wird die Therapie von STI durch vermehrte Resistenzentwicklung.

Die Veranstaltung widmet sich folgenden Fragestellungen: Wie und mit welchen Patientinnen und Patienten spreche ich über das „Tabu“-Thema Sexualität und STI? Wie diagnostiziere und behandle ich STI? Welche gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen haben HIV-, HPV-, Gonorrhoe-Infektionen und andere STI? Welche Bedeutung haben STI für Jugendliche und junge Erwachsene?

Termin: Donnerstag, 15.10.2015, 16-19:30 Uhr

Referenten:

Prof. Dr. med. Norbert H. Brockmeyer, *Interdisziplinäre Immunologische Ambulanz, Zentrum für Sexuelle Gesundheit und Medizin, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum*

Dr. med. Matthias Brockstedt, *Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte*

Dr. med. Christine Klapp, *Klinik für Geburtsmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum*

Prof. Dr. med. Heinrich Rasokat, *Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Uniklinik Köln*

Prof. Dr. med. Helmut Schöfer, *Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum der Johann-Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt / Main*

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16 in 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme ist kostenfrei und die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Daher ist eine formlose persönliche Anmeldung unbedingt erforderlich: E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de. Die Vergabe der Teilnehmerplätze erfolgt in der Reihenfolge des Anmeldeeingangs. Anerkannt mit **4 Fortbildungspunkten**.

Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft

Wie Menschen heute leben, beeinflusst vermutlich, woran sie später einmal erkranken. Um die Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten für die wichtigsten Volkskrankheiten herauszufinden, werden 200.000 Menschen im Dienste der Wissenschaft ausgiebig untersucht und befragt. Ziel der größten deutschen Bevölkerungsstudie, der Nationalen Kohorte, ist es, durch Langzeit-Beobachtungen mehr über die Entstehung von Krankheiten wie Krebs oder Diabetes zu erfahren und so Lebenszeit für alle zu gewinnen.

Rund 39 Prozent der erwachsenen Bundesbürger leiden an mindestens einer chronischen Krankheit und chronische Krankheiten sind die häufigsten Todesursachen in Deutschland. (1,2) Daher kommt der Prävention solcher Krankheiten eine besondere Bedeutung zu, die jedoch genaue Daten über die Ursachen und über das potentielle Ausmaß der Reduktion der Krankheitsinzidenz und -prävalenz bei Vermeidung von Risikofaktoren in der Bevölkerung erfordern. Aus diesem Grund hat ein Netzwerk deutscher Forschungseinrichtungen aus der Helmholtz-Gemeinschaft, den Universitäten, der Leibniz-Gemeinschaft und der Ressortforschung eine prospektive Kohortenstudie, die Nationale Kohorte, initiiert, in deren Rahmen die Ursachen und Risikofaktoren der häufigsten chronischen Krankheiten erforscht werden sollen. Dazu zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, neurologische und psychiatrische Erkrankungen, Infektionskrankheiten und respiratorische Erkrankungen.

Insgesamt werden 200.000 Menschen im Alter von 20 bis 69 Jahren untersucht und nach ihren Lebensgewohnheiten befragt. Zusätzlich werden Blut-, Urin-, Stuhl- und Haarproben gewonnen und für spätere Forschungsprojekte eingelagert. Die Basisuntersuchung wird 4 bis 5 Jahre dauern und danach werden die Teilnehmenden zu Folgeuntersuchungen eingeladen, um Veränderungen von Risikofaktoren und subklinischen Vorstufen erheben zu können. Im Laufe der Nachbeobachtung über 20 bis 30

Jahre werden neu auftretende Erkrankungen der Teilnehmenden erfasst, die dann mit den zuvor erhobenen Daten in Verbindung gebracht werden können. Dieses prospektive Studiendesign ermöglicht es, Risikofaktoren für das Neuaufreten chronischer Krankheiten zu untersuchen.

Insgesamt beteiligen sich 18 Studienzentren in acht Regionen an der Rekrutierung der Probanden. Als verantwortliche rechtliche Organisation wurde der Verein „Nationale Kohorte e.V.“ gegründet, der sich aus den für die Studienzentren verantwortlichen Institutionen sowie weiteren Projektbeteiligten zusammensetzt. Die Studie wird in den ersten zehn Jahren mit 210 Millionen Euro aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, der Länder und der Helmholtz-Gemeinschaft finanziert. (3-5)

Die Studie in Berlin und Brandenburg

In Berlin und Brandenburg beteiligen sich das Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) am Campus Berlin-Buch, die Charité-Universitätsmedizin Berlin am Campus Berlin-Mitte und das Deutsche Institut für Ernährungsforschung (DIfE) Potsdam-Rehbrücke am Campus Benjamin-Franklin mit drei Studienzentren und einem Magnetresonanztomographie (MRT)-Zentrum an der Berlin Ultrahigh Field Facility des MDC an der Probandenrekrutierung und -untersuchung.

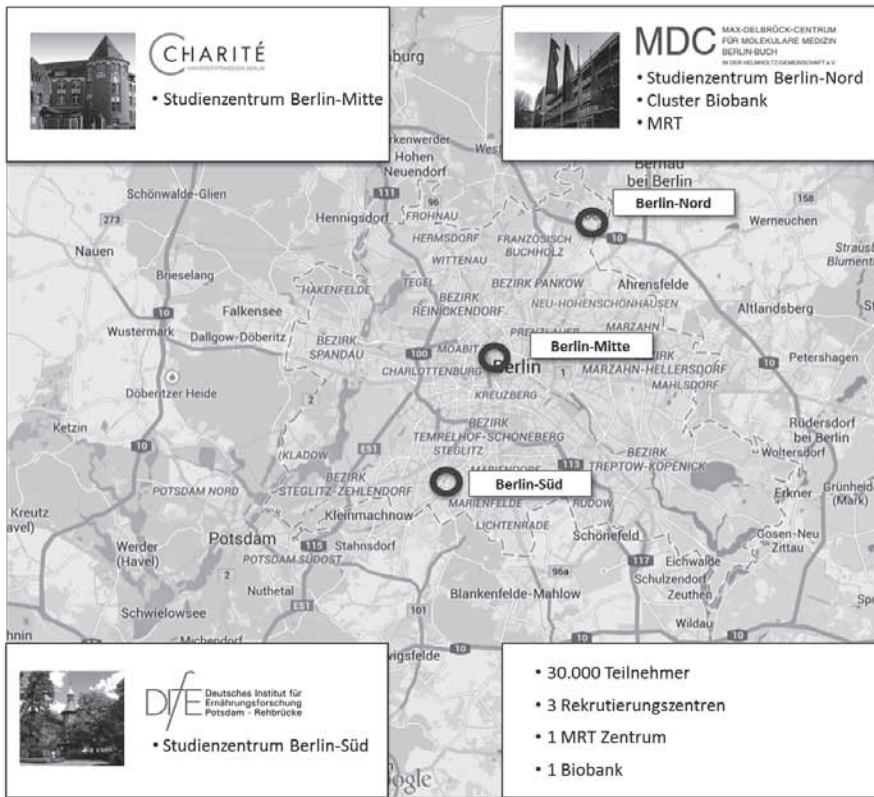
Aufgrund ihrer institutionellen Ausrichtung bringen die beteiligten Studienzentren mehrjährige Expertise in der Planung und Durchführung von Langzeitbevölkerungsstudien, bei der Erfassung von Ernährungs- und Aktivitätsverhalten, bei sozialmedizinischen Fragestellungen und bei der Erforschung metabolischer Ursachen von Volkskrankheiten in dieses Verbundprojekt ein.

Im Raum Berlin-Brandenburg gibt es drei Studienzentren, in denen 30.000 Personen aus der Allgemeinbevölkerung Berlins und den angrenzenden Regionen Brandenburgs basierend auf regionalen Einwohnermelderegisterdaten rekrutiert und untersucht werden. (4) Bei 6.000 Teilnehmenden aus allen drei Studienzentren wird zusätzlich eine bildgebende Untersuchung am MRT-Zentrum durchgeführt.

Die Einladung zur Studienteilnahme ist ein Angebot an die Berliner und die berlinnahen Bewohner des Landes Brandenburg, langfristig mit ihren Daten und biologischen Proben zur Prävention großer Volkskrankheiten beizutragen. Die Untersuchungen und Befragungen sind freiwillig und erfolgen nur, nachdem die möglichen Teilnehmenden über die Studienziele und die dafür durchgeführten Untersuchungen und Befragungen aufgeklärt wurden und ihre schriftliche Einwilligung erteilt haben.

Neben dem von der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Infor-

Die Nationale Kohorte in Berlin und Brandenburg



mationsfreiheit befürworteten zentralen Datenschutzkonzept (3-5) regeln lokale Datenschutzkonzepte die strikte Trennung der personenidentifizierenden Daten der Teilnehmenden von den erhobenen Studiendaten und Biomaterialien.

Neben der Einwilligung zur Datenerhebung und -verarbeitung werden die Teilnehmenden auch gebeten, in die Einholung von Informationen beim behandelnden Arzt und in die Erhebung von Sekundärdaten, z.B. beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, einzuwilligen.

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin geprüft, die Empfehlungen des Deutschen Ethikrates zu Biobanken sind in das Konzept der Nationalen Kohorte eingeflossen und ein externer Ethikrat begleitet die Studie während ihrer gesamten Laufzeit. (3)

Nach Aufklärung und Zustimmung in die Studienteilnahme durchlaufen alle Teil-

nehmenden das standardisierte Untersuchungsprogramm „Level-1“, mit Befragungen, medizinischen Untersuchungen und der Gewinnung biologischer Proben (siehe Tabellen 1 und 2). Diese werden in einer zentralen Biobank am Helmholtz-Zentrum München und

Tabelle 1: Befragung im Rahmen der Nationalen Kohorte

- Soziodemographische und sozioökonomische Faktoren
- Medizinische Anamnese und Familienanamnese, Medikation der letzten 7 Tage
- Frauengesundheit (nur Frauen)
- Familienplanung, Schwangerschaft
- Körperliche Aktivität, Alltagsaktivitäten und Fitness
- Tabak- und Alkoholkonsum, Drogen
- Stress, Erschöpfung, Müdigkeit und Schlafgewohnheiten
- Seelische Gesundheit, Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung
- Gewichtsgeschichte
- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeuntersuchungen
- Umwelteinflüsse
- Berufliche Anerkennung und Belastung

dezentral am MDC gelagert. Bei 6.000 Teilnehmenden werden zudem ein intensivierte Untersuchungsprogramm, das sogenannte Level-2-Programm, und eine 1-stündige Magnetresonanztomographie durchgeführt (siehe Tabelle 2). (3,4)

Die drei Studienzentren im Bereich Berlin-Brandenburg haben sich bei der Entwicklung und der weiteren Datenaufbereitung des Untersuchungs- und Befragungsprogramms besonders in den Bereichen Herz-Kreislauf, Ernährung und körperliche Aktivität, aber auch zu Fragestellungen zum Umgang mit Studienteilnehmenden mit Migrationshintergrund eingebracht.

Mitarbeit der Ärzte

Die erfolgreiche Durchführung der Studie in Berlin und Brandenburg ist wesentlich von der Teilnahmebereitschaft der angeschriebenen Bürgerinnen und Bürger abhängig. Es ist zu erwarten, dass sich einige der Angeschriebenen mit Fragen zur Studie an ihre behandelnde Ärztin oder ihren behandelnden Arzt, aber auch an andere Akteure im Gesundheitswesen wie beispielsweise Apotheken, Krankenkassen oder auch die Ärzte- und Apothekerkammern wenden. Daher wäre es wünschenswert, wenn die Fragenden in solchen Fällen ermutigt würden, sich bei den Studienzentren zu melden. Das Studienpersonal

Tabelle 2: Untersuchungen im Rahmen der Nationalen Kohorte

Themengebiet	Untersuchung
Anthropometrie	Körpergröße, -gewicht, Taillenumfang, Körperzusammensetzung (Bioimpedanzanalyse), Ultraschall des Bauchfetts
Herz-Kreislauf	Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, 3D-Echokardiographie, Gefäßsteifigkeit, Pulswellengeschwindigkeit
Diabetes	Oraler Glucosetoleranztest, Messung glykosylierter Endprodukte in der Haut (AGE-Reader)
Körperliche Aktivität, Fitness	Akzelerometrie, Handgreifkraft, submaximaler Belastungstest
Muskel-/Skelettsystems	Hände, Knie, Hüfte auf Beweglichkeit und Schmerzempfinden
Neurokognitive Funktion	Aufmerksamkeitstest, Zahlenreihentest, Konzentrationstest, Gedächtnistests
Lungenfunktion	Spirometrie, Analyse der Ausatemluft/exhalierendes Stickstoffmonoxid (FeNO)
Schlaf	24h-EKG und Bestimmung von Schlafcharakteristika
Mundgesundheit	Erfassung des Zahnstatus und des Zahnhalteapparates (Zählen der Zähne, Prothetik, Taschentiefe)
Sinnesorgane	Visustest, Retinafotographie, Audiometrie, Geruchstest
Bioproben	Blut, Urin, Speichel, Stuhl, Nasenabstrich
Bildgebung	Magnetresonanztomographie (MRT) des Kopfes, Thorax, Herzens, Abdomens, Pelvis und der Oberschenkel

beantwortet gerne Fragen und informiert über die Inhalte und Ziele der Studie.

Weiterhin können im Rahmen der Untersuchungen Hinweise auf krankhafte Prozesse im Körper bekannt werden, die eine weitere medizinische Klärung sinnvoll erscheinen lassen. Da die Ergebnisse der Untersuchungen nur für wissenschaftliche Zwecke erhoben werden und keine Diagnosestellung bedeuten, wird den Teilnehmenden in solchen Fällen empfohlen, ärztlichen Rat einzuholen. Sollte es dabei Rückfragen der aufgesuchten Ärztinnen und Ärzte geben, so stehen die Studienzentren selbstverständlich gerne für Auskünfte zur Verfügung. Ein anderer wichtiger Aspekt im Hinblick auf die Durchführung der Nationalen Kohorte ist die Verifizierung von Selbstangaben der Studienteilnehmenden zum Auftreten ausgewählter Krankheiten. Die Studienzentren werden dazu die behandelnden Ärztinnen und Ärzte kontaktieren und um Einsichtnahme in medizinische Unterlagen bitten. Dies geschieht selbstverständlich nur in den Fällen, in denen die Teilnehmenden ihre Ärztinnen und Ärzte

gegenüber dem Studienzentrum von der Schweigepflicht entbunden haben.

Fazit

Die Nationale Kohorte in Berlin und Brandenburg ist Teil des bundesweit angelegten, bislang größten interdisziplinären Studienvorhabens in der deutschen Gesundheitsforschung. Durch das intensive Studienprogramm mit einer Vielzahl an Untersuchungen und Befragungen sowie die Sammlung diverser Biomaterialien und die geplan-

ten Folgenuntersuchungen bildet die Nationale Kohorte eine Studienbasis für künftige Forschung in Deutschland. Die Beteiligung von drei Studienzentren im Raum Berlin und Brandenburg, in denen insgesamt 30.000 Teilnehmende rekrutiert werden sollen, bietet eine wichtige Grundlage, die die Erforschung regionaler Fragestellungen ermöglichen wird.

Autoren

Astrid Steinbrecher, Sabine Mall, Thoralf Niendorf, Jeanette Schulz-Menger, Tobias Pischon
Max-Delbrück-Centrum für Molekulare Medizin (MDC) in der Helmholtz-Gemeinschaft e.V. Berlin-Buch;
 Stefan N. Willich, Thomas Keil, Jeanette Schulz-Menger, Lilian Krist
Charité – Universitätsmedizin Berlin;
 Matthäus Vigel, Heiner Boeing
Deutsches Institut für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIfE)

Referenzen

1. Statistisches Bundesamt Deutschland. Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2012.
2. Robert Koch Institut (Hrsg.). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. In: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2012.
3. Wichmann HE, Kaaks R, Hoffmann W, Jöckel K-H, Greiser KH, Linseisen J. Die Nationale Kohorte. Bundesgesundheitsbl 2012;55:781-9.
4. German National Cohort Consortium. The German National Cohort: aims, study design and organization. Eur J Epidemiol 2014;29:371-82.
5. Die Nationale Kohorte. Nationale Kohorte e.V., 2014. (Accessed 30. September, 2014, at www.nationale-kohorte.de.)

80plus – die fitten Alten!?

Altersmedizin und die Bedeutung von Bewegung im Alter

Die demographische Entwicklung zeigt einen stetigen Anstieg der Anzahl älterer Menschen in den westlichen Industrieländern. Die Prävalenz altersbedingter Erkrankungen steigt entsprechend. In Berlin sind von rund 3,3 Millionen Einwohnern 38 Prozent über 50 Jahre und älter. Bereits 11 Prozent sind über 80 Jahre. Der Frauenanteil wächst mit zunehmendem Alter und ist bei über Achtzigjährigen auf 68 Prozent angestiegen. Die Lebenserwartung beider Geschlechter steigt weiter kontinuierlich an (Männer ca. 77 Jahre; Frauen ca. 83 Jahre).

Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der über achtzigjährigen Menschen in Berlin nahezu verdoppeln: von jetzt 140.000 auf ca. 270.000 Menschen. Neben der sich abzeichnenden weiteren Überalterung werden auch die Single-Haushalte zunehmen. Eine Herausforderung wird es sein, sinnvolle alternative Lebensformen zu finden und dafür auch die Akzeptanz der älter werdenden Bevöl-

kerung zu erhalten. Berlin stellt sich dieser Aufgabe mit dem aktuellen Diskussionspapier „80plus – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen – Schnittstellen, Ziele und Handlungsbedarf“. Bis 2016 soll eine Rahmenstrategie erarbeitet werden.

Einschränkungen und Handicaps im Alter werden oft durch Risikofaktoren und Krankheiten wie Diabetes mellitus, Stoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Nikotin- und Alkoholabusus, aber auch durch erheblichen Bewegungsmangel hervorgerufen. Schlaganfall, Herzinfarkt, Osteoporose, Muskelschwund (Sarkopenie) und auch neurologische Störungen wie cerebrovaskuläre Erkrankungen und kognitive Störungen können daraus folgen. Eine behandlungsnotwendige Multimorbidität wird mit zunehmenden Alter immer wahrscheinlicher. Aufgrund dieser Kenntnis ist davon auszugehen, dass zunehmende Demenzen und Krankheiten mit einer Zunahme von Pflegebedürftigkeit

korrelieren. Nach Schätzungen sind Männer mit ca. 2,7 Prozent und Frauen mit 4,9 Prozent der Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen. Morbidität, Einschränkung von Selbstständigkeit und dadurch herabgesetzte Lebensqualität nehmen darüber hinaus auch durch unfallbedingte Verletzungen (Stürze) bei älter werdenden Menschen deutlich zu, wie die ca. 660.000 stationären Behandlungsfälle (davon 4.400 Schenkelhalsfrakturen in 2014) in Berlin belegen können.

Im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland“ vom Robert-Koch-Institut wurden über fünfundsechzigjährige Deutsche zu ihrem Gesundheitszustand befragt: Jeder Zweite gab seinen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut an, obwohl auch jeder Zweite Angaben machte, an Hypertonus, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und anderen Störungen/Erkrankungen zu leiden.

Für alle Ärzte ergeben sich dadurch Handlungsfelder wie:

- gezielte Gesundheitsförderung und Prävention, ab dem 50. Lebensjahr oder früher beginnend, um im Alter fit zu sein.
- Wahrung von Selbstbestimmung und Teilhabe der älter werdenden Bevölkerung.
- Stationär und ambulante Versorgung mit Vernetzung.

Erwähnenswert sind neben medizinischer Betreuung der älter werdenden Bevölkerung insbesondere für Ärzte, egal welcher Facharztkompetenz, ob stationär oder ambulant oder in Behörden tätig, allgemein präventive Maßnahmen wie Vorsorgeprogramme, Impfungen, aber vor allem auch Handlungsfelder zur Sturzprophylaxe mit Patienten zu beleuchten. Hierbei ist insbesondere auch das bekannter werdende „Rezept für Bewegung“ zu nennen.

Mit zunehmenden Alter sollten moderates Ausdauer-, aber auch Krafttraining, Koordination und Balance geübt werden. Die Bewegungsintensitäten kön-



Foto: Sport-Gesundheitspark Berlin

nen von Ärzten vermittelt, aber durchaus auch durch Koordination niederschwelliger Angebote mit Vernetzung in Bezirken, Volkshochschulen, Sportvereinen, Kirchengemeinden, Krankenkassen, Bezirksberatungsstellen u.a. vermittelt werden. Erwähnenswert ist, dass in einigen Bezirken bisher nur lückenhaft entsprechende Angebote, z.B. zur Sturzprävention, angeboten werden. Wichtig ist zudem auch die Einbindung von Bürgerinnen und Bürgern mit Migrationshintergrund.

Neben den gesundheitsfördernden/präventiven Angeboten ist durchaus auch die medizinische Versorgung älterer Menschen durch Hausbesuche und damit die Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen zu realisieren (Stärkung des Sektors von Hausärzten wie Fachärzten für Allgemeinmedizin und Internisten, die insbesondere über eine geriatrische Kompetenz verfügen). Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie gibt es in Berlin neben den Bundesländern Brandenburg und Sachsen-Anhalt seit 2010. Gefördert werden sollte aber auch die Zusatzweiterbildung in Geriatrie und die Kompetenz in der Palliativversorgung. Hierbei sind die noch zu schaffenden geriatrischen Institutsambulanzen neben der Förderung der geriatrischen Kompetenz in Praxen, welche im Berliner Krankenhausplan 2016 stärker berücksichtigt werden sollen, zu nennen.

Wie häufig in der Literatur beschrieben, nimmt im Alter sowohl die Multimorbidität und dadurch bedingt auch die Polypharmazie zu. Weiterhin sind psychische Defizite durch Isolation älterer Menschen in Kombination mit Inaktivität zu benennen. Aus sportmedizinischer Sicht nehmen ab dem 30. Lebensjahr einige Körperfunktion kontinuierlich ab, sodass davon auszugehen ist, dass pro Lebensdekade die Leistungsfähigkeit beider Geschlechter um ca. 5 Prozent abnimmt verbunden mit einem weiteren stärkeren Abfall ab dem 65. Lebensjahr. Daraus resultieren häufig die gefürchteten Stürze im Alter mit fatalen Folgen durch Frakturen mit

Tabelle 1

Ziele eines Trainingsprogramms für ältere Menschen:

- Förderung von Selbständigkeit und Lebensqualität
- Verbesserung der kardiovaskulären Leistungsfähigkeit und Ausdauer
- Verbesserung von Muskelkraft und -ausdauer
- Erhalt und/oder Verbesserung der Beweglichkeit des Koordinationsvermögens und des Gleichgewichtsempfinden
- Förderung sozialer Kontakte und Lebensfreude
- Förderung von Gewichtskontrolle und Ernährungsverhalten
- Förderung der Verdauung und Verhinderung der Obstipation
- Förderung von Erholungseffekten
- Verminderung von Angst, Schlafstörungen, Depression
- Erhalt / Förderung der sexuellen Leistungsfähigkeit

nach Skinner, J.S.; Rezepte für Sport und Bewegungstherapie 1989

Hospitalisierung und Pflegebedürftigkeit. Gesundheitsförderung zur Sturzprävention ist wichtig, denn durch entsprechende Programme können Stürze bis zu 40 Prozent reduziert werden. Sinnvolle Bewegungs-, Kraft- und Koordinationsübungen sind zur Verbesserung und Gesunderhaltung in zunehmendem Alter äußerst sinnvoll. Täglich sollten dreißig-minütige Übungsprogramme von älter werden Menschen zuhause oder im Freien durchgeführt werden, nachdem sie in entsprechenden Sportvereinen, die Gesundheitssport anbieten, eine Einführung erhalten haben. Diesbezüglich gibt es Angebote in Broschüren vom Landessportbund, aber auch beim Berliner Sportärztebund.

Ziele sinnvoller Trainingsprogramme für Ältere wurden bereits von Skinner 1989 publiziert (s. Tabelle 1).

Um im Alter fit zu bleiben, sind neben dem ärztlich kurativen Behandlungsansatz die präventiven und rehabilitativen Maßnahmen der älteren Bevölkerung zu stärken, insbesondere durch sportmedizinisch evaluierte Bewe-

gungs- und Trainingsprogramme. Zur allgemeinen Freude finden größere Veranstaltungen über Sport und Alter mittlerweile weltweit statt. Diese Aktivitäten sind ausdrücklich zu begrüßen als Gegenpart zur Anti-Aging-Welle, die auch zum Teil von weniger seriösen Anbietern propagiert wird. Fest steht, dass sowohl die kardiopulmonalen Restreserven aufgebaut, wie auch dem Muskel- und Knochenabbau sowohl durch Konditions-, aber vor allem auch durch Krafttraining entgegengewirkt werden kann. Jeder Arzt sollte als Mediator sinnvolle Bewegung, die als Gesundheitssport ausgewiesen ist, kennen und an seine Patienten oder an Ratsuchende weitervermitteln können. Diesbezüglich ist erneut auf das „Rezept für Bewegung“ im Rahmen der Kampagne „Berlin komm(t) auf die Beine“ zu verweisen, welches beim Landessportbund Berlin erhältlich ist.

Dr. J. Bruns
FA Innere Medizin und Geriatrie / Sportmedizin
Präventionsbeauftragter
Ärztammer Berlin

Die neue Berufsordnung – Teil 6

Die berufsrechtlichen Regelungen zu den ärztlichen Aufbewahrungspflichten sind mit der am 20. Dezember 2014 in Kraft getretenen Neuregelung der Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) zwar nur redaktionell angepasst worden. Gleichwohl führen insbesondere die durch die Liberalisierung des Berufsrechts zunehmenden beruflichen Kooperationen häufig zu Unsicherheiten in Bezug auf die Aufbewahrung von Behandlungsunterlagen. Daher gibt BERLINER ÄRZTE einen Überblick über die aktuelle Rechtslage zu den ärztlichen Aufbewahrungspflichten.

Nach § 10 Abs. 3 BO sind ärztliche Aufzeichnungen für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine entsprechende zivilrechtliche Verpflichtung ergibt sich aus § 630f Abs. 3 BGB. Von der Zehnjahresfrist abweichende Fristen sind in verschiedenen Bereichen geregelt (z. B. 30 Jahre für Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen und über die Behandlung mit radioaktiven Stoffen). Der Beginn der Frist richtet sich nach dem Zeitpunkt der letztmaligen Behandlung. Für eine über die geltende Frist hinausgehende Aufbewahrung bedarf es einer Begründung im Einzelfall, weil nach den datenschutzrechtlichen Vorgaben nicht mehr erforderliche Daten zu entsorgen bzw. zu löschen sind. Eine Erforderlichkeit für die weitere Aufbewahrung kann sich aufgrund erst später verjährender zivilrechtlicher Ansprüche (insbesondere Schadenersatzansprüche) oder auch aus der Art einer Erkrankung ergeben (beispielsweise bei Erbkrankheiten, bestimmten psychischen Störungen oder bei Implantaten).

Durch die Aufbewahrung der Behandlungsunterlagen sollen der Krankheitsverlauf und die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen über einen ausreichenden Zeitraum lang nachvollziehbar sein. Dies kann sowohl für eine spätere Weiterbehandlung als auch im Rahmen eines Rechtsstreits von Bedeutung sein. Mit der Aufbewahrungspflicht korrespondiert das Recht des Patienten auf Einsichtnahme in die ihn

betreffenden Behandlungsunterlagen (§ 10 Abs. 2 BO).

Elektronische Aufbewahrung

Die Dokumentation und Aufbewahrung ärztlicher Aufzeichnungen kann auch elektronisch erfolgen. Dabei ist zu beachten, dass Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern und anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen bedürfen, um deren Veränderung, Vernichtung und unrechtmäßige Verwendung zu verhindern (§ 10 Abs. 5 BO). In diesem Zusammenhang ist insbesondere auch auf die Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis vom Mai 2014 hinzuweisen. Darin finden sich unter anderem auch Hinweise zum sogenannten „Ersetzenden Scannen“ von Papierdokumenten (z. B. Arztbriefe von Kollegen), um diese anschließend elektronisch zu verwalten und das Original zu vernichten.

Praxisaufgabe bzw. -nachfolge

Auch nach Aufgabe der Praxis sind ärztliche Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß § 10 Abs. 3 BO aufzubewahren oder in gehörige Obhut zu geben (§ 10 Abs. 4 Satz 1 BO). Der Arzt¹ kann die Akten in den eigenen

oder in angemieteten Räumen aufbewahren. Letzteres setzt voraus, dass dem Arzt im Mietvertrag ein alleiniges Zugriffsrecht eingeräumt wird und dieses durch organisatorische Maßnahmen gesichert ist. Eine Aushändigung an den Patienten zur Weitergabe an den nachbehandelnden Arzt ist nicht zulässig. Vorsicht ist bei der Übergabe der Aufzeichnungen an einen anderen im Einzugsbereich niedergelassenen Arzt geboten. Im Regelfall bedarf es hierfür der Zustimmung des Patienten. Notfalls können die Unterlagen auch an ein privates Archivunternehmen übergeben werden, solange die Mitarbeiter dieses Unternehmens vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind. Von dieser Möglichkeit darf jedoch kein Gebrauch gemacht werden, solange dem Arzt selbst die Aufbewahrung zumutbar ist oder eine Übergabe an den Praxisnachfolger möglich bleibt.

Ärzte, denen ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, müssen die Aufzeichnungen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben (§ 10 Abs. 4 BO). Im Falle einer Praxisnachfolge muss der bisherige Inhaber entweder vorab die Zustimmung seiner Patienten zu einer Weitergabe ihrer Behandlungsunterlagen an den Nachfolger einholen oder er muss mit seinem Nachfolger einen schriftlichen Verwahrungsvertrag schließen. Darin muss sich der Nachfolger verpflichten, ohne das ausdrückliche oder schlüssig erklärte Einverständnis des Patienten durch Erscheinen in der Praxis zur Weiterbehandlung keinen Einblick in die Altkartei zu nehmen. Zudem muss dem Veräußerer ein Zugriffsrecht auf die Altkartei eingeräumt werden. Wurde die Patientenkartei elektronisch aufbewahrt, muss der alte Datenbestand gesperrt und mit einem Passwort versehen werden. Ein Zugriff des Erwerbers darf nur bei einem entsprechend zum Ausdruck gebrachten Einverständnis des Patienten erfolgen. Dabei müssen Zeit und Gegenstand des Zugriffs in der Software dokumentiert werden.

¹ In diesem Text wird an mehreren Stellen auf die separate Verwendung der weiblichen und männlichen Form verzichtet. Die Gender-Grundsätze und die der Antidiskriminierung werden von der Ärztekammer Berlin beachtet.

Gemeinschaftspraxis/MVZ

Tritt ein Arzt in eine Gemeinschaftspraxis oder ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) ein und bringt er aus einer vorherigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt Patientenunterlagen in die Gemeinschaftspraxis/das MVZ mit, können diese Unterlagen nur mit ausdrücklich oder schlüssig erklärtem Einverständnis der Patienten in die gemeinsame Patientenkartei übernommen werden. Dies gilt entsprechend bei der elektronischen Aufbewahrung. Sobald die Unterlagen Bestandteil der gemeinsamen Patientenkartei geworden sind, gehen die Aufbewahrungspflichten auf die Gemeinschaftspraxis/das MVZ über. Solange kein Einverständnis der bisherigen Patienten zur Überführung der Patientenunterlagen in die gemeinsame Patientenkartei der Gemeinschaftspraxis/des MVZ vorliegt, hat der Arzt diese Unterlagen getrennt von der gemeinsamen Patientenkartei aufzubewahren und bleibt für diese ärztlichen Aufzeichnungen allein verantwortlich.

Scheidet ein Arzt aus einer Gemeinschaftspraxis/dem MVZ aus, ist er entsprechend weiterhin für die Aufbewahrung der ärztlichen Aufzeichnungen verantwortlich, die nicht Bestandteil der gemeinsamen Kartei der Gemeinschaftspraxis/des MVZ geworden sind. Aufzeichnungen, die Bestandteil der gemeinsamen Kartei sind, verbleiben hingegen in der Gemeinschaftspraxis/dem MVZ. Letzteres gilt selbstverständlich auch für den Fall, dass der Arzt Gründungsmitglied der Gemeinschafts-

praxis ist. Denn insoweit erstreckt sich die Aufbewahrungspflicht auf die jeweils aktuellen Mitglieder der Gemeinschaftspraxis bzw. auf das MVZ, mit der/dem der Patient den Behandlungsvertrag abgeschlossen hat.

Bislang nicht abschließend geregelt ist der Verbleib der Behandlungsunterlagen bei Auflösung einer Gemeinschaftspraxis/eines MVZ. In diesem Fall sollten die Patienten frühzeitig von der Auflösung unterrichtet und um Erklärung gebeten werden, bei welchem Arzt der Gemeinschaftspraxis die betreffenden Behandlungsunterlagen verbleiben sollen. Liegt keine entsprechende Erklärung des Patienten vor, sollten die Unterlagen in der Regel von den Ärzten aufbewahrt werden, die in den Räumlichkeiten der ehemaligen Gemeinschaftspraxis weiter praktizieren oder ansonsten bei dem Arzt, der bislang die Behandlung durchgeführt hat. Eine Duplizierung der elektronischen und/oder konventionellen Patientenkartei ist datenschutzrechtlich grundsätzlich unerwünscht. Entscheidend ist in jedem Fall, dass der Patient den Aufbewahrungsort der ihn betreffenden Behandlungsunterlagen in Erfahrung bringen kann.

Praxisgemeinschaft

In einer Praxisgemeinschaft ist demgegenüber zu beachten, dass das Behandlungsverhältnis allein zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten besteht. Daher sind die jeweiligen Behandlungsunterlagen getrennt von

einander so aufzubewahren, dass die anderen Ärzte in der Praxisgemeinschaft keinen Zugriff darauf haben. Bei Ausscheiden aus der Praxisgemeinschaft oder deren Auflösung verbleiben die Behandlungsunterlagen jeweils bei dem behandelnden Arzt.

Tod des Arztes

Wenn eine Aufbewahrung der Patientenunterlagen nach dem Tod eines Arztes entsprechend den vorhergehend dargelegten Grundsätzen nicht möglich ist, hat der Erbe gleichwohl den ärztlichen Aufbewahrungs- und Obhutspflichten zu entsprechen. Diese Nebenpflichten aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patienten gehen im Wege der Gesamtrechtsnachfolge auf den Erben über. Im Übrigen ist der Erbe eines Arztes, der nach dessen Tod in den Besitz von Patientenunterlagen gekommen ist, nach § 203 Abs. 3 Satz 3 StGB wie der Arzt selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Für konkrete Fragestellungen stehen die Mitarbeiter der Abteilung Berufsrecht unseren Kammermitgliedern gerne beratend zur Verfügung. Ihre Ansprechpartner sowie weiterführende Informationen zur Ankündigung der ärztlichen Tätigkeit – und zu vielen anderen rechtlichen Aspekten der ärztlichen Berufsausübung – finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin www.aerztekammer-berlin.de unter der Rubrik Ärzte / Recht.

für das 1. Halbjahr 2015

Übersicht über das Infektionsgeschehen im Land Berlin

ebenfalls starken Grippe-Saison 2012/2013 (33 %).

Besondere Infektionsgeschehen im Land Berlin

1) Seit der 41. Meldewoche 2014 erlebt Berlin einen großen **Masernausbruch**. Der Ausbruch verbreitete sich anfangs vornehmlich unter Asylsuchenden, von denen die meisten aus Südosteuropa stammen. Gegen Ende 2014 erfasste der Ausbruch die übrige Berliner Bevölkerung und stellt dort mit rund 90 % die hauptsächliche Krankheitslast. Insgesamt wurden 1.322 Fälle übermittelt, davon 1.201 im ersten Halbjahr 2015 (*siehe Abbildung nächste Seite*). Mittlerweile ist der Trend der monatlichen Fallzahlen nach dem Höchststand neu gemeldeter Fälle im März 2015 (N=300) stetig fallend. Fälle werden aus allen Bezirken gemeldet. Die höchsten Erkrankungsraten bezogen auf die Berliner Bevölkerung finden sich in Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Reinickendorf. Inzidenzen unterhalb des Berliner Durchschnitts finden sich vor allem in Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf.

Das mediane Alter aller Fälle beträgt 16 Jahre (Interquartilsspanne 4-29 Jahre). 55 % der Fälle sind männlich. Für 330 (25 %) der Fälle ist übermittelt, dass sie hospitalisiert wurden und ein Kleinkind verstarb auf Grund der Masernerkrankung.

Die größte Anzahl an Erkrankungsfällen unter der Berliner Bevölkerung tritt bei Erwachsenen auf. Hingegen findet sich die höchste Inzidenz bei Kindern unter einem Jahr, bei denen zu einem großen Teil noch kein Impfschutz vorliegen kann, gefolgt von Kindern im zweiten Lebensjahr. Die niedrigste Inzidenz betrifft Erwachsene in der Altersgruppe ab 44 Jahre.

Tabelle – Gemäß IfSG meldepflichtige Erreger / Krankheiten

Daten: Webservice SurvStat/Datenquelle SurvNet RKI; Stand: 14.07.2015	2015			2014			
	Berlin		Deutschland	Berlin			
Meldekategorie	Rang	Anzahl	Inzidenz ¹	Inzidenz ¹	Rang	Anzahl	Inzidenz ¹
Influenza	1	3.111	90,9	95,1	5	458	13,4
Norovirus*	2	1.754	51,3	75,9	1	1.890	55,2
Campylobacter	3	1.445	42,2	36,4	2	1.221	35,7
Masern	4	1.185	34,6	2,9	27	9	0,3
Rotavirus	5	1.111	32,5	31,5	3	1.187	34,7
Windpocken	6	835	24,4	15,0	4	939	27,4
Keuchhusten	7	366	10,7	5,7	6	354	10,4
Hepatitis C	8	227	6,6	3,0	8	281	8,2
Salmonellose	9	194	5,7	6,5	7	332	9,7
Giardiasis	10	172	5,0	1,9	10	191	5,6

* bei Noroviren werden bundesweit seit Anfang 2011 ausschließlich laborbestätigte Fälle übermittelt

¹ Inzidenz = Fallzahl pro 100.000 Einwohner; folgende Einwohnerzahlen bilden die Berechnungsgrundlage der Inzidenzen:
Berlin 2013 – 3.421.829; Deutschland 2013 – 80.767.463 (Statistisches Bundesamt; Stand 31.12.2013)

Im Land Berlin wurden im ersten Halbjahr 2015 gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) insgesamt 11.308 Erkrankungsfälle gemeldet. Im Vergleichszeitraum 2014 waren es 7.871 Fälle. Es besteht ein Unterschied zu den bis 2014 veröffentlichten Fallzahlen in der Meldekategorie „Noroviren“. Aufgrund einer EDV-Systemumstellung werden ab 2015 nur noch labordiagnostisch bestätigte Fälle berücksichtigt. Dies entspricht dem bundesweiten Vorgehen seit 2011. In der *Tabelle* werden die zehn häufigsten Infektionserreger aufgeführt. Im berichteten Zeitraum gab es besonders viele Influenza- und Masernfälle.

Die **Halbjahresinzidenzen** sind bei **Salmonellosen**, **Norovirusinfektionen** und **Influenza** in Berlin niedriger als im bundesweiten Durchschnitt. Insbesondere bei **Masern** ist dagegen die Anzahl der

Neuerkrankungen deutlich erhöht (in Berlin 346 pro 1.000.000 Einwohner, bundesweit 29, WHO-Ziel <1). Fortgesetzt unter den ersten Zehn vertreten sind Erkrankungen an **Hepatitis C** und **Giardiasis**. Auch hier liegen die Inzidenzen höher als im Bundesdurchschnitt.

Die Zahl der gemeldeten **Influenza**-Fälle im ersten Halbjahr 2015 war mit 3.111 Fällen verglichen zu 466 Fällen im 1. Halbjahr 2014 stark erhöht. Die höchste Grippeaktivität sowohl in Berlin als auch im Bundesgebiet fand im Zeitraum von 7. bis 10. Kalenderwoche statt. Auch in Berlin dominierte Influenza Typ A mit einem Anteil von 70 % (A/H1N1 11 %, A/H3N2 5 %, A/ohne Subtypisierung 54 %). Erkrankungen mit Typ B traten in der Saison 2014/2015 in 28 % aller Fälle auf (deutlich mehr als in der Saison 2013/2014 (4 %), aber vergleichbar zur

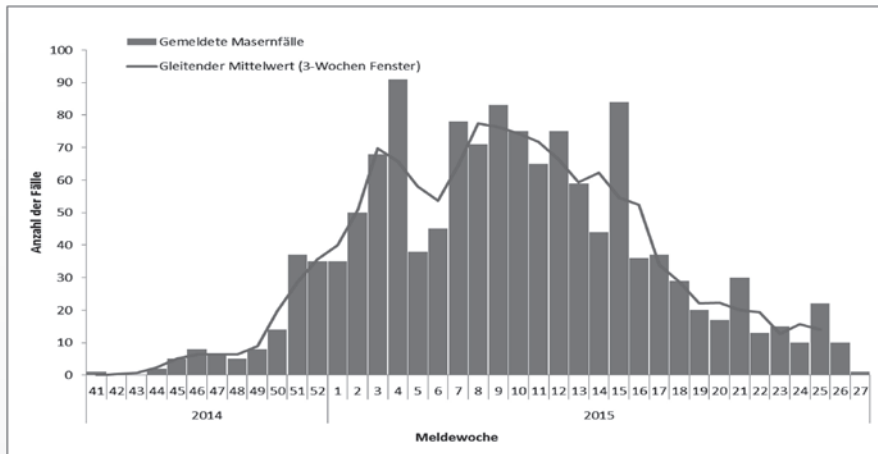


Abbildung: Zeitlicher Verlauf der Masernfälle in Berlin seit 41. MW 2014 mit gleitendem Mittelwert (Datenstand bis 26. Meldewoche, Abfrage am 01.07.2015)

Bisher konnten 910 Fälle labordiagnostisch bestätigt werden. Nach vorläufigen Ergebnissen liegt bei allen 285 Fällen mit durchgeführter Genotypisierung der Genotyp D8 vor. Es handelt sich demnach bei dem Berliner Ausbruch um ein zusammenhängendes Infektionsgeschehen.

Von 1.239 Fällen mit vorliegender Information wurde für 1.067 (86 %) angegeben, dass sie nicht geimpft waren. Dieser Anteil blieb im Verlauf des Ausbruchsgeschehens fast unverändert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Ausbruch seit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 die höchste Anzahl an Masernerkrankungen in Berlin darstellt und dass mit verbessertem Impfschutz die Anzahl an Neuerkrankungen hätte deutlich gesenkt werden können.

2) Im ersten Halbjahr 2015 wurde ein Anstieg der Erkrankungsfälle an **Legionellose** in Berlin verzeichnet. Bis zur 26. Meldewoche gingen dem LAGeSo insgesamt 55 Fallmeldungen von Legionärskrankheit zu. Diese Meldezahl ist mehr als doppelt so hoch wie der Median der letzten fünf Jahre (25 Fälle), wobei zu berücksichtigen ist, dass die jährliche Gesamtfallzahl seit 2013 steigt. Es handelt sich ausschließlich um Einzelfälle, keine Ausbrüche. Die Erkrankungsbeginne sind über die gesamten 26 Wochen verteilt. In der 9. bzw. 21. Woche

gab es zwei kleinere Gipfel mit acht bzw. fünf Erkrankungen. Die Patientinnen und Patienten sind zwischen 28 und 92 Jahre alt, Median 70 Jahre. Das Geschlechterverhältnis liegt bei 30 Männern zu 25 Frauen. 53 Patientinnen und Patienten wurden aufgrund ihrer Erkrankung hospitalisiert, zwei Patienten verstarben an der Erkrankung.

Die Fälle werden aus elf Bezirken gemeldet mit den höchsten Meldezahlen aus Reinickendorf, Neukölln und Charlottenburg-Wilmersdorf. Diese Rangfolge entspricht im Wesentlichen der Rangfolge aus den Summenzahlen der Fälle seit Einführung der Meldepflicht 2001.

Die Ermittlungen der Gesundheitsämter zur Ansteckungsquelle ergaben, dass sich 30 Patientinnen und Patienten vermutlich im privaten Haushalt oder im beruflichen Umfeld infiziert hatten, sechs in einer Pflegeeinrichtung und fünf im Krankenhaus. Bei zwei Personen lag eine Reiseanamnese vor, bei einem Patienten erscheint eine Exposition in einem Fitnessstudio wahrscheinlich.

Erste Ergebnisse von veranlassten Untersuchungen der Trinkwasser-Installation von Gebäuden auf Legionellen (vorliegende Angaben zu neun Fällen) waren in sieben Fällen negativ bzw. in einem Fall serologisch zwischen Fall und Hausinstallation unterschiedlich. Bei bestehender Immobilität von zwei Erkrankten

bleibt das häusliche Trinkwasser dennoch die plausibelste Ansteckungsquelle. Bei Überschreitung des technischen Maßnahmenwertes von 100 KBE in 100 ml in einer Trinkwasser-Installation erfolgt das weitere Vorgehen gemäß den Vorgaben der Trinkwasserverordnung. Insgesamt konnte bislang aus den vorliegenden Angaben kein Hinweis auf eine zeitlich oder örtlich zusammenhängende Infektionshäufung hergestellt werden. Die Situation der Legionellosen in Berlin wird vom LAGeSo weiter engmaschig beobachtet.

Das interessierte Fachpublikum kann sich ab sofort den wöchentlich aktuellen infektionsepidemiologischen Bericht „Epi-Info Berlin“, der sich u.a. aus der Auswertung und Zusammenfassung der Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz ergibt, auch über die LAGeSo-Website abrufen:

<https://www.berlin.de/lageso/gesundheit/gesundheitschutz/infektionsepidemiologie-infektionsschutz/berichterstattung/>

Ansprechpartnerin:

Dr. med. Claudia Simon MPH
 Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
 Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo)
 Fachgruppe Infektionsepidemiologie und umweltbezogener Gesundheitsschutz
 Turmstraße 21 / Haus A
 10559 Berlin
 Telefon: 030 / 902 29-24 30
 E-Mail: infektionsschutz@lageso.berlin.de



Ein Heer von Ringen – Heinz Feldmann

Ein deutscher Forscher legte den Grundstein zum Sieg über die Ebolaseuche. Allerdings ging Heinz Feldmann schon im vorigen Jahrhundert nach Nordamerika, weil sich in der deutschen Wissenschaftslandschaft keine Dauerstelle für den Forscher fand. Schade für Marburg und gut für die Menschheit, weil er in anderen Regionen die Möglichkeit fand, seinen Impfstoff rVSV-ZEBOV fertig zu entwickeln und so mit dieser der Panik vor einer Menschheitsbedrohung begegnet werden kann.

Nach der anfänglichen schockstarren Planlosigkeit, die dem Ausbruch der Ebolaepidemie in Westafrika folgte, fanden nationale Gesundheitsinstitutionen, WHO, Industrie und nichtkommerzielle Hilfsorganisationen zueinander, um eine

weltweit neue Impfstrategie zu etablieren. Von den bis dahin fast 30.000 Erkrankten war mehr als ein Drittel der Krankheit erlegen, trotz Hilfe aus vieler Herren Länder. Die Hoffnung kam mit dem von Feldmann am National Institut of Allergy and Infectious Diseases in Hamilton, Montana, entwickelten Impfstoff.

Der vorher in Hamburg an 30 Freiwilligen auf Verträglichkeit erprobte Impfstoff konnte wegen der Gefährdung von Hunderttausenden von Menschen nicht erst in klassischer Weise gegen Placebo getestet werden, sondern wurde in einer „Ringstrategie“ so angewendet, dass die Kontaktpersonen eines Erkrankten ausnahmslos geimpft wurden. Die einen sofort nach Kontakt (48 Ringe), die anderen nach 21 Tagen (42 Ringe), womit eine

Aussage über den Erfolg des Impfens gewonnen wurde. Die Regierung Guineas trug dafür Sorge, dass keiner Kontaktperson die Impfung vorenthalten wurde. In der Diktion der deutschen Impfverweigerer würde es wahrscheinlich heißen, dass jede Kontaktperson die Impfung erleiden musste. Aber aus Guinea wurde nichts darüber berichtet, dass sich dort die Menschen gegen die Impfung und für selbstbestimmtes Krankwerden und vielleicht Sterben entschieden haben.

Vielleicht sollte man sich den Namen Heinz Feldmann als den eines künftigen Nobelpreisträgers für Medizin merken, der mehr als 20 Lebensjahre Grundlagenforschung auf den Versuch verwendet hat, die Proteine zu verstehen und den Menschen mit diesem Impfstoff helfen konnte. Und wahrscheinlich ist es auch vernünftig, daran zu denken, dass exotische Krankheiten, die uns zur Zeit als Meldung aus fernen Ländern kaum beunruhigen, demnächst den Nachbar erwischen können.