

BERLINER ÄRZTE

8 / 2018 55. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

10 JAHRE LERNENDES SYSTEM

BEHANDLUNG

BIHANDLUNT

BICANDHENT

BICHEDHENT

SICHERHEIT

10 JAHRE CIRS



NETZWERK CIRS BERLIN

Kommen, klären, kümmern

Warum Sozialpsychiatrische Dienste notwendig sind

Schätzungsweise 50.000 Menschen leben in Berlin mit einer chronischen psychischen Störung bzw. Suchterkrankung und stark beeinträchtigter Teilhabe in der Bildung, bei der Arbeit, beim Wohnen, in der Familie und in der Freizeit. Teilweise haben sie zudem ein gestörtes Hilfesuchverhalten und sind nicht „wartezimmerfähig“. Sie stoßen mit ihren Einschränkungen auf ein inzwischen komplex gewordenen Hilfesystem, das durch eine sogenannte Versäulung der Kostenträger geprägt ist.

Deshalb sind die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) mit folgenden Kernaufgaben notwendig:

- (Notfallpsychiatrische) Krisenintervention vor Ort inkl. Unterbringungsverfahren gemäß Berliner Psych-KG als hoheitliche Aufgabe = **Kommen**
- Fachliche Begutachtung/Diagnostik zur Hilfebedarfsermittlung (v. a. Eingliederungsmaßnahmen nach dem SGB XII) = **Klären**
- Psychosoziale Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung = **Kümmern**

Für die letztgenannte Aufgabe bleibt angesichts zunehmender Bürokratisierung sowie knapper Personalressourcen zu wenig Raum.

Zielgruppe sind neben den Betroffenen das familiäre und soziale Umfeld sowie professionell Tätige. SpDi arbeiten niederschwellig (keine Zugangsvoraussetzungen) im multiprofessionellen Team (Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiter/-innen, Psychologen/-innen). Sie sind aufsuchend und nachgehend mit Hausbesuchen tätig und gewährleisten ein sozialmedizinisch ausgerichtetes,



Dr. med. Dipl.-Psych. Detlev E. Gagel
ist Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Pankow und stellvertretender Amtsarzt dort.

ganzheitliches Angebot. Ihre Hilfe ist zur Krisenintervention schnell verfügbar. Durch ein festes Bezugspersonensystem wird eine kontinuierliche Betreuung der Betroffenen angestrebt. Die SpDi kooperieren im jeweiligen Bezirk mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten, psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung, psychosozialen (komplementären) Leistungserbringern, gesetzlichen Betreuern sowie mit Mitarbeitern der Jugend- und Eingliederungshilfe. Sie engagieren sich in Gremien und Arbeitsgruppen (z. B. psychosoziale Arbeitsgemeinschaft, Landesbeirat für psychische Gesundheit u. a.).

Wenngleich die Versorgung seit den Forderungen der Psychiatrie-Enquete von 1975 (gemeindenah, ambulant vor stationär, bedarfsgerecht und gleichgestellt mit somatisch Erkrankten) gerade in Berlin nach dem Enthospitalisierungsprogramm in den 90er Jahren erheblich verbessert wurde, führen aktuelle Veränderungen zu neuen Herausforderungen. Durch den angespannten Wohnungsmarkt geraten die Betroffenen zunehmend in prekäre Lebenssituationen. Ihre Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt werden durch weniger Angebote der Jobcenter für „marktferne Kunden“ verschlechtert. Der leichtere Zugriff auf illegale Suchtmittel führt zu drogenassoziierten

Eskalationen, die mit Gewalt einhergehen können. Durch die kritische Auseinandersetzung mit Psychopharmaka lehnen die Betroffenen verstärkt eine medikamentöse Behandlung ab. Allgemein sind immer mehr Menschen aufgrund einer seelischen Störung krankgeschrieben bzw. frühberentet.

Es gibt auch Probleme für die SpDi selbst bei ihrer Arbeit. Sie haben zunächst ein ärztlich-sozialarbeiterisches Mandat, tragen aber auch soziale Verantwortung und müssen bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung einen öffentlich-rechtlichen Auftrag erfüllen. Letzteres kann Imageverlust bedeuten: Wenn ein Antrag auf Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen gestellt wird, sind diese nicht immer damit einverstanden und lasten das dem SpDi an. Medizin im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wird immer von politischen Entscheidungen beeinflusst. Aktuelles Beispiel: Welche Funktion sollen sie bei der Umsetzung des Bundes teilhabegesetzes in Berlin haben? Dazu kommen unbesetzte Stellen und wachsender Facharztmangel. Trotz sehr hoher psychischer Belastungen findet (zu) wenig Supervision statt. Die bereits erwähnte Komplexität der psychosozialen Versorgung ist auch für die Profis in den SpDi zunehmend schwieriger überschaubar.

Deren Chancen bestehen dagegen in ihrer weitgehend neutralen Position. Sie haben seit Jahrzehnten eine hohe multiprofessionelle Vor-Ort-Kompetenz sowie umfangreiche Kenntnis und Erfahrung mit den Betroffenen. Dieser Schatz sollte erhalten bleiben, ja sogar ausgebaut werden! Dabei hilft aus meiner Sicht die Sondervergütung für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD, wie gerade vom Berliner Senat beschlossen.

No more Excuses – der 20. Humanitäre Kongress Berlin

„No more Excuses – Advocating for Human Dignity in Times of Crisis“ – so lautet der Titel des Humanitären Kongresses Berlin 2018. Keine Entschuldigungen und Ausreden soll es mehr dafür geben, wegzusehen und tatenlos zu sein, gerade in einer Zeit, in der das politische Klima aufgeheizt ist wie seit Jahrzehnten nicht mehr. Wie in einer solchen gesellschaftlichen Stimmung Menschenwürde und das Recht auf medizinische Versorgung für alle verteidigt werden kann, damit beschäftigt sich der diesjährige Kongress am 4. und 5. Oktober 2018.

Anlässlich des 20. Jubiläums wird der Humanitäre Kongress erstmals in der Urania Berlin stattfinden. Ein besonderes Ereignis – auch für die seit vielen Jahren sehr engagierten Mitglieder des sogenannten Steering Committees, in dem die Ärztekammer Berlin, Ärzte der Welt, das Deutsche Rote Kreuz und Ärzte ohne Grenzen vertreten sind.

Der Kongress widmet sich jedes Jahr drängenden Fragen aus Theorie und Praxis der humanitären Hilfe und behandelt dabei Themen, wie zum Beispiel den Zugang zu bedürftigen Menschen, den Einfluss der öffentlichen Meinung oder auch die Frage, welche Herausforderungen der Klimawandel bringt. Rund 100 Interessierte waren beim ersten Kongress Mitte der 90er Jahre dabei. Mehr als 800 internationale Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Wissenschaft, Politik, Medien und von verschiedenen Organisationen sowie Studierende unterschiedlichster Fachrichtungen kommen inzwischen jedes Jahr zusammen, um in einer einzigartigen Kombination medizinische, soziale, politische und rechtliche Fragen der humanitären Hilfe zu diskutieren, zu analysieren und weiterzudenken.

Zu den Rednerinnen und Rednern aus den vergangenen Jahren gehörten unter anderem Dr. Johan von Schreeb, Leiter des Centre for Research on Health Care in Disasters am Karolinska Institutet, Dr. Jemilah Mahmood, Leiterin des Bereichs Partnerschaften bei der Internationalen Föderation der Rotkreuz- und Rothalmond-Gesellschaften (IFRC) und Jan

Egeland, Generalsekretär des Norwegian Refugee Council. In diesem Jahr wird unter anderem Ursula Müller, Beigeordnete Generalsekretärin für humanitäre Angelegenheiten und stellvertretende Nothilfe-Koordinatorin im Amt für die Koordination humanitärer Angelegenheiten (OCHA) einen Impulsvortrag halten.

Weltweit sind heute mehr Menschen auf der Flucht als jemals zuvor seit dem Zweiten Weltkrieg. Im Mittelmeer haben verzweifelte Fluchtversuche über Libyen zu einer schockierenden Zahl von Todesopfern geführt. In Bangladesch leben hunderttausende Rohingya unter menschenunwürdigen Zuständen im

derzeit größten Flüchtlingslager der Welt. In Mexiko sind Zehntausende gestrandet, die vor Gewalt in Mittelamerika geflohen sind und wegen der rigiden US-Grenzpolitik nicht weiterkommen. Zugleich wird weltweit in Narrativen und Diskursen die Stimmung zunehmend gegen Geflüchtete extrem negativ aufgeheizt.

Der Humanitäre Kongress Berlin thematisiert in diesem Jahr daher die Frage, wie wir in Zeiten der Politisierung und Polarisierung die Würde der schutzbedürftigsten Menschen zurück in den Fokus rücken können. In verschiedenen Paneldiskussionen, Impulsvorträgen und Workshops wird ein interaktiver Dialog zwischen RednerInnen und Teilnehmenden ermöglicht. Zu den Themen gehören unter anderem: Inclusion in Humanitarian Action, Building A Movement Across Sectors und Humanitarian Action In Detention. Zu den spezifisch medizinischen Panels gehören beispielsweise: An Introduction To Medical Humanitarian Aid, Re-emerging Infectious Diseases und Task Shifting in Humanitarian Settings.

Darüber hinaus wird in der Scientific Session eine Auswahl von Ergebnissen von innovativen Forschungen vorgestellt und diskutiert. Parallel zum Humanitären Kongress wird im Foyer der Urania das Humanitäre Forum stattfinden. Hier stellen sich verschiedene Nichtregierungsorganisationen und Universitäten den Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmern vor und informieren über ihre Arbeit.

Alle Informationen bezüglich Anmeldung und Programm finden Sie unter:

www.humanitarian-congress-berlin.org

Kontakt:
Nora Dettmer
Coordinator Humanitarian Congress Berlin

Ärzte ohne Grenzen e.V. /
Médecins Sans Frontières
Am Köllnischen Park 1, 10179 Berlin
Tel.: +49 (0)30/700 130 – 238
E-Mail: humanitarian-congress@berlin.msf.org
Web: www.humanitarian-congress-berlin.org



Ben Parker, IRIN News, beim Humanitären Kongress Berlin 2017.



GASTKOMMENTAR.....

**Kommen, klären, kümmern –
Warum Sozialpsychiatrische
Dienste wichtig sind**

Von Detlev E. Gagel.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*....6

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**No more Excuses – der
20. Humanitäre Kongress Berlin**

Von Nora Dettmer.....4

**Assistentensprecher zwischen
Kampfgeist und Resignation**

Von Sascha Rudat.....24

**Hauptstadtkongress:
ÄKB beteiligt sich an
Zukunftsthemen**

Von Sascha Rudat.....29

FORTBILDUNG.....

**Der Veranstaltungskalender
der Ärztekammer Berlin.....26**

**Cannabis als Arzneimittel –
Herausforderungen für Ärzte
und Apotheker**

Fortbildungsveranstaltung der
Ärztekammer Berlin und der
Apothekerkammer Berlin
Von Sabine Möddel.....30



**10 JAHRE
CIRS BERLIN –
DAS LERNENDE
SYSTEM**

TITELTHEMA.....

Das einrichtungsübergreifende Berichts- und Lernsystem CIRS Berlin feiert sein zehnjähriges Bestehen. Wie hat sich das Projekt entwickelt? Welche Schwerpunkte konnten gesetzt werden? BERLINER ÄRZTE stellt den Werdegang näher vor.

Von Barbara Hoffmann.....14

Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung

Von Beate Müller.....21

Neue Serie: CIRS ambulant.....22

**Evidenzbasierung in der
Psychotherapie**

Kolumne des Deutschen Netzwerks
Evidenzbasierte Medizin e.V.

*Von Julia Kreis und
Sebastian Grümer.....32*

PERSONALIEN.....

**Bestandene Facharztprüfungen
Mai/Juni 2018.....34**

**Andreas Grüneisen zum 75.
.....36**

**Gunther Geserick
ist 80 Jahre alt.....37**

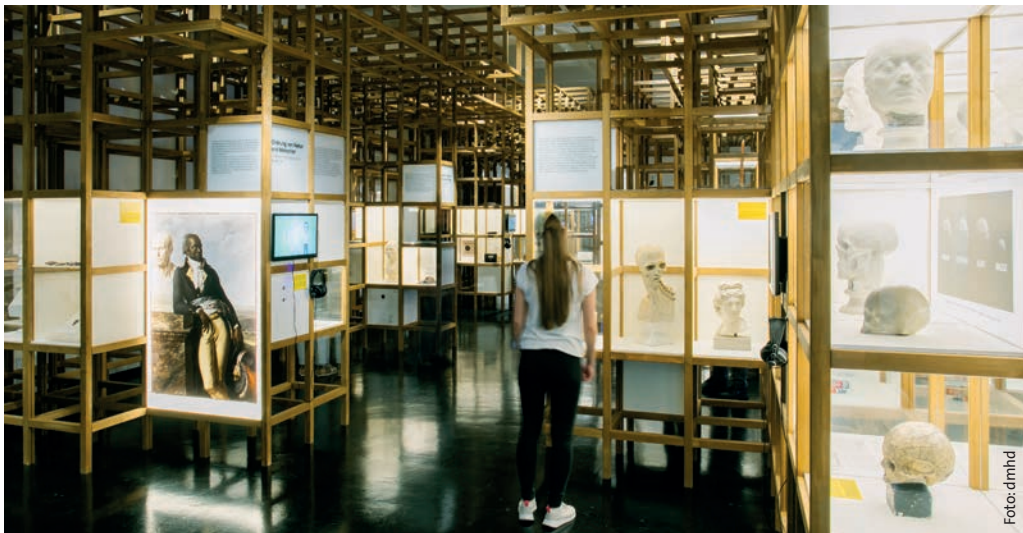
FEUILLETON.....

Vom Heilen und Lindern

Rezension des Buches „Heilende
Wunden“ von Karl-Heinz Bomberg
Von Ulrike Hempel.....38

Ausstellung

„Rasse“ als Erfindung der Moderne



Rassismus ist eine menschenfeindliche Ideologie und gleichzeitig eine alltägliche Praxis, durch die viele Menschen mit Diskriminierung und Gewalt konfrontiert werden. Aufgrund ihrer Hautfarbe, ihres Aussehens, ihrer Religionszugehörigkeit oder ihrer Sprache machen sie immer wieder erniedrigende Erfahrungen, die für andere Teile der Bevölkerung nur schwer vorstellbar sind. Rassismus verletzt aber nicht nur die Einzelnen, er widerspricht auch den Idealen menschlicher Gleichheit und Freiheit, die unserer demokratischen Gesellschaft zugrunde liegen. Eine Sonderausstellung des Deutschen Hygiene-Museums in Dresden fragt danach, welcher Zusammenhang zwischen dieser Form

des Rassismus und dem Begriff der „Rasse“ selbst besteht. Dabei geht es weniger um die Geschichte dieses gefährlichen Wortes, das in unserer Gesellschaft inzwischen weitgehend geächtet ist, als um die Struktur und Wirkung dieser langlebigen Idee. Denn mit der Kategorie „Rasse“ werden nur scheinbar menschliche Unterschiedlichkeiten beschrieben, in Wahrheit dient sie dazu, politische, soziale und kulturelle Ungleichheit zu begründen.

Obwohl die Menschen überall auf der Welt ganz unterschiedlich aussehen – so etwas wie „Menschenrassen“ gibt es nicht. „Rassen“ sind eine wissenschaftliche Erfindung, die seit dem 18. Jahrhundert ihre unheilvolle Macht entfaltet hat.

sie zeigt die Bilder und Medien, in denen sie sich verbreitet haben. Eine eigene Abteilung thematisiert die Rolle des Deutschen Hygiene-Museums als Propagandamaschine der sogenannte „Rassehygiene“ während des Nationalsozialismus. Ein weiteres Kapitel ist der rassistischen Herrschafts- und Ausbeutungspolitik in der Epoche des Kolonialismus gewidmet, deren Folgen bis zu den Fluchtbewegungen unserer Tage nachwirken.

Die Ausstellung geht noch bis zum 6. Januar 2019.

Service / Buchungen:
Telefon: 0351/4846-400
Montag – Freitag 8.00 – 12.00 und
13.00 – 16.00 Uhr
Telefax: 0351/4846-402
E-Mail: service@dhmd.de

Die Ausstellung analysiert die Methoden, mit denen dieses Denken entwickelt wurde, und

Leitungswechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



DRK Kliniken Berlin Seit 1. Juli 2018 hat Priv.-Doz. Dr. med. Robin Köck als Chefarzt die Leitung

des Instituts für Hygiene an den DRK Kliniken Berlin inne. In enger Zusammenarbeit mit dem Institut für Mikrobiologie ist er damit insbesondere für den Bereich des Patientenschutzes in den vier Berliner Krankenhäusern der DRK Kliniken Berlin mitverantwortlich.

Gesundheitszentrum Prenzlauer Berg – Klinisches Zentrum der Alice Salomon Hochschule

Am 1. Juli 2018 hat Dr. med. Monika Jann als Chefarztin die ärztliche Leitung der Tagesklinik für ambulante Rehabilitation – Orthopädie und Traumatologie übernommen. Sie ist Fachärztin für Orthopädie. Die Gesundheitszentrum Prenzlauer Berg GmbH ist als ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtung (AMR, AHB, ABMR, IRENA, EAP) gemäß den B.A.R.-Richtlinien für die Schwerpunkte Orthopädie und Traumatologie Vertragspartner der DRV, GKV und DGUV.

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: s.rudat@aekb.de oder r.tuemann@aekb.de

Paul Ehrlich-Contest: Angehende Mediziner im fröhlichen Wettbewerb



Foto: S. Rudat

„Bleiben Sie neugierig!“, rief Kammerpräsident Günther Jonitz den Contest-Teilnehmern zu.

Erneut haben Medizinstudierende an der Charité ihre Kenntnisse gemessen. Am 28. und 29. Juni fand im Audimax der jährliche Paul Ehrlich-Contest, ein Wettbewerb zwischen Studienteams der medizinischen Fakultäten im deutschsprachigen Raum, statt. Er ist die Fortführung des Benjamin Franklin Contests der FU Berlin (1998 bis 2011) bzw. Goethe-Contests der Universität Frankfurt (2012 bis 2015). Seit 2016

wird der Wettbewerb unter seinem neuen Namen alternierend in Berlin und Frankfurt ausgetragen. In diesem Jahr nahmen 15 Teams mit jeweils fünf Personen teil, elf aus Deutschland, drei aus Österreich und ein gemischtes Team „Europa“, das sich aus Teilnehmern fünf verschiedener Fakultäten zusammensetzte. Organisiert wurde der Wettbewerb wie auch schon der Virchow-Contest von Dr. med. Axel Schunk. Die Ärztekam-

mer Berlin unterstützte die Veranstaltung, indem sie eine Stadtrundfahrt für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sponsorte. Der Wettbewerb startete am Donnerstag mit drei Vorrunden. Die beiden besten Teams jeder Vorrunde qualifizierten sich für die Endrunde am Freitag. Los ging es mit den Blickdiagnosen. Dabei zählte vor allem Schnelligkeit – und die richtige Ant-

wort. Kern des Contests waren die klinischen Fälle. Hierbei wurde den Teams ein Fall präsentiert, der grob Aufschluss über Beschwerden und die medizinische Vorgeschichte des Patienten gab. Im Anschluss durften die Teams Diagnostik anfordern. Diese kostete allerdings Punkte, die sich die Teams u.a. durch das Lösen von Blickdiagnosen verdienen mussten. Danach folgten MC-Aufgaben, Differentialdiagnosen und praktische Aufgaben.

Zu Beginn der Endrunde am 2. Tag wandte sich der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, mit einem Grußwort an die Studierenden. Darin betonte er, dass bei einem Arzt nicht Wissenserwerb im Vordergrund stehe, sondern seine Haltung und seine Persönlichkeit. „Bleiben Sie neugierig!“, gab er ihnen u.a. mit auf den Weg. Sie dankten ihm seine klaren Worte mit großem Beifall.

Und Sieger gab es auch noch: Das Team der Universität Innsbruck konnte sich schließlich gegen die Teams der Medizinischen Fakultät Mannheim und der Universität Graz durchsetzen. *srd*

Ärztammer Berlin vom 20.12.2018 bis 08.01.2019 geschlossen

Die Ärztekammer Berlin stellt ihre gesamte EDV-Umgebung auf eine neue Software um. In diesem Zusammenhang werden alle elektronisch vorliegenden Datenbestände in die neue EDV-Umgebung übertragen. Es schließt sich eine umfassende Prüfung der Datenintegrität sowie der Verarbeitungsverfahren an.

Zur Sicherstellung der erforderlichen Maßnahmen ist die Ärztekammer Berlin

vom 20.12.2018 ab 18 Uhr bis zum 08.01.2019 um 9 Uhr

für die Öffentlichkeit geschlossen.

Was bedeutet das konkret?

1. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin sind für Sie während dieser Zeit telefonisch und persönlich leider nicht zu erreichen.
2. Der Internetauftritt der Ärztekammer Berlin steht Ihnen als Informationsmedium zur Verfügung.

Formulare, die über den Internetauftritt zugänglich sind, sind nutzbar. Dies betrifft z. B. Formu-

lare für Meldeangelegenheiten, die Nachbestellung von Fortbildungs-Barcode-Etiketten oder auch eingestellte PDF-Formulare, die abrufbar und ausdrückbar sind. Die über die Internet-Formulare ausgelösten Anforderungen und Anzeigen werden ab dem 08.01.2018 wieder bearbeitet.

Elektronisch gestützte Antragsstellungen (z. B. Anerkennungen von Weiterbildungen, Erteilungen von Weiterbildungsbefugnissen, Anerkennungen ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen [CME]) und die Ausstellung von Fortbildungszertifikaten sind in dem genannten Zeitraum jedoch weder über das Mitglieder- oder das CME-Antragssportal noch über die sonstigen Seiten des Internetauftritts der Ärztekammer Berlin möglich.

3. Schriftliche Posteingänge und eingehende E-Mails werden ab dem 08.01.2019 wieder beantwortet.

4. Die Bearbeitung Ihres Anliegens wird sich vor und nach der Schließung der Ärztekammer ggf. verzögern. Die

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammer Berlin werden ab dem 08.01.2019 diesbezüglich jedoch schnellstmöglich Abhilfe schaffen.

5. Während der Hausschließung finden keine Gremiensitzungen, Prüfungen (z. B. Weiterbildungsprüfungen) oder Fortbildungsveranstaltungen statt.
6. Bitte beachten Sie, dass die Ärztekammer Berlin Fristen, die aufgrund rechtlicher Regelungen gelten, für den Zeitraum der Hausschließung nicht außer Kraft setzen darf. Reichen Sie daher z. B. Ihren Widerspruch gegen einen Bescheid der Ärztekammer Berlin fristgemäß in der Ärztekammer Berlin ein.
7. Der Postzulauf sowie die tägliche Leerung des Hausbriefkastens sind gewährleistet.

Nehmen Sie im Bedarfsfall bitte Kontakt zu uns auf. Wir beraten Sie gern!

Wir bitten um Ihr Verständnis.

IPPNW-Benefizkonzert zum Nagasaki-Tag

Der IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Friedensnobelpreis 1985) veranstaltet am Donnerstag, den 9. August, 20 Uhr in der Jesus-Christus-Kirche in Dahlem, Hittorfstr. 23, 14195 Berlin ein Benefizkonzert anlässlich des sogenannten Nagasaki-Tages. Das Konzert steht unter der Schirmherrschaft der Botschaft von Japan in Deutschland. Yasushi Misawa, Stellvertretender Botschafter von Japan in Deutschland, hält ein Grußwort.

Programm:

J.S. Bach: Canons aus „Kunst der Fuge“ (BWV 1080)

Franz Schubert: Notturmo Es-Dur D 897 Adagio

Johannes Brahms: Klaviertrio Nr. 1 H-Dur op. 8 Allegro con brio – Scherzo: Allegro molto – Trio: Meno allegro – Adagio – Finale: Allegro

Ulrich Eckhardt, Orgel; Kazuhito Yamane, Violine; Michiaki Ueno, Violoncello; Tomoki Kitamura, Klavier

Das Konzert ist eine gemeinsame Veranstaltung von Filia GmbH, IPPNW-Concerts und der Evangelischen Kirchengemeinde Berlin-Dahlem zugunsten von IPPNW.

Eintritt frei – Spenden erbeten.

Indische Delegation

„Same same but different“

Bei einer akuten Erkrankung seien ihm hier in Deutschland zu schnell ausschließlich invasive Behandlungsalternativen vorgeschlagen worden, so ein Teilnehmer der indischen Delegation, die Mitte Juni im Rahmen einer Studienreise die Ärztekammer Berlin besucht hat. Die Möglichkeit, über die Behandlung entscheiden zu können, habe ihn als Patient ziemlich überfordert. Und erst nach Beratung mit einem befreundeten indischen Arzt hätte er sich für die „Slow Medicine-Variante“, also für eine medikamentöse Behandlung, entschieden. Denn so würde es in Indien bei diesem Krankheitsbild gehandhabt werden. Durch diese Erfahrung habe er allerdings den Eindruck gewonnen, dass in Deutschland eher teure operative Behandlungsmethoden gewählt würden, wo eine Linderung oder Heilung auch so gelingen könne. Nach diesem Einstieg verfolgten die Studentinnen und Studenten umso aufmerksamer den Vortrag von Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz, der die Teilnehmer zusammen mit Geschäftsführer Michael Hahn willkommen geheißen und zunächst durch das Haus geführt hatte. Der Präsident begann mit einer kurzen Zeitreise in die Entstehungsgeschichte des deutschen Gesundheitssystems. Die Motivation der Kaiserlichen



Kammerpräsident Günther Jonitz (3.v.l.) und Geschäftsführer Michael Hahn (4.v.l.) beantworten die Fragen der indischen Gäste.

Botschaft Wilhems I. von 1881, die als Magna Charta der deutschen Sozialversicherung betrachtet wird, seien nicht primär humanitäre Gründe, sondern politischer Druck gewesen. Die deutsche Krankenversicherung sei dennoch auf christliche Werte, nämlich Humanität, Solidarität und Barmherzigkeit aufgebaut. Jonitz gab den Anwesenden einen kompakten Überblick über die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems, über die föderale Struktur, die Gesetzgebung und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bis hin zu den Prinzipien der Selbstverwaltung sowie die Rolle der Ärztekammer Berlin. Von Anfang an waren die jungen Teilnehmenden sehr interessiert und aufgeschlossen bei der Sache,

hinterfragten vieles, zogen Parallelen und Schlüsse zu ihrem eigenen Land und überlegten, was Inder und Deutsche voneinander lernen können. Stoff für Diskussionen gab es z. B. als Jonitz die Herausforderungen von Gesundheitssystemen weltweit thematisierte: Einerseits steige der Kostendruck, andererseits sei eine Orientierung an den Werten – „value based healthcare“ – zwingend notwendig. Traditionell würden Gesundheitssysteme hauptsächlich durch den Input gesteuert, also über die Kosten. Besser wäre es aber, das Augenmerk auf den Output, also auf das, was beim Patienten ankommt, zu legen. „Dabei haben wir in Deutschland

bereits das beste System“, so Jonitz, womit er den Blick auf die berufsgenossenschaftliche Versorgung richtete. Hier zähle der Output. Und weil hier meist dieselben Ärztinnen und Ärzte am Werk seien, wie im herkömmlichen System sprach er treffenderweise von „same same but different.“ Die fünfzehntägige Studienreise der Delegation wurde gemeinsam von der Humboldt-Universität zu Berlin und „Cultural Bridge“, einer gemeinnützigen Organisation, die sich für die Förderung des kulturellen Wissensaustausches zwischen Indien und Deutschland einsetzt, angeboten. Ziel der Reise war es, dass indische Studentinnen und Studenten die deutsche Kultur und das studentische Leben kennenlernen. x.g-s

Auszeichnung

Curt Meyer-Gedächtnispreis für Neuropathologen David Capper



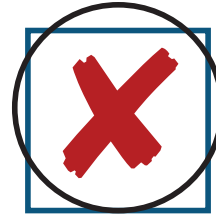
Der Neuropathologe Professor Dr. med. David Capper, vor allem für die Entwicklung diagnostischer Marker für Hirntumoren bekannt, ist Anfang Juli mit dem Curt Meyer-Gedächtnispreis ausgezeichnet worden. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis wird von der Berliner Krebsgesellschaft an herausragende Forscherpersönlichkeiten auf dem Gebiet der Onkologie vergeben. Der 39-jährige Capper bekam ihn unter anderem für die Entwicklung einer computergestützten Methode zur Klassifikation von Hirntumoren durch genomweite DNA-Methylierungsmuster. Im März sind die Ergebnisse seiner Teststudie im Wissenschaftsjournal „Nature“ veröffentlicht worden.

David Capper ist Facharzt für Neuropathologie und seit 2017 Professor für Neuropathologie an der Berliner Charité. Außerdem leitet er die Arbeitsgruppe „Molekulare Neuropathologie“ am DKTK Standort Berlin.

Mehr über die Arbeit von David Capper können Sie in einem Film der Berliner Krebsgesellschaft sehen: www.berliner-krebsgesellschaft.de/krebsforschung/forschungspreis

Kammerwahl 2018

KAMMERWAHL



2018

Kammerwahl Wichtige Termine!

Wahlvorschläge
(Listen):

Abgabefrist endet
in Kürze!

Die Wahlvorschläge müssen bis zum

10. August 2018, 18:00 Uhr

bei der Ärztekammer Berlin – Wahlbüro – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingegangen sein. Zur Wahrung der Frist ist der Eingang im Wahlbüro entscheidend.

Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist beim Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen einschließlich den Vorgaben des Wahlausschusses entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden (§§ 12 und 13 Wahlordnung).

Es ist daher empfehlenswert, die Wahlvorschläge bereits vor dem 10.08.2018 beim Wahlbüro einzureichen. In diesem Fall können die Unterlagen vor dem Fristablauf von der Wahlkoordinatorin, Frau Stienecker, auf Vollständigkeit sowie inhaltliche und formelle Richtigkeit überprüft werden. Gerne können Sie hierfür einen persönlichen Termin mit Frau Stienecker vereinbaren:

030 / 40806-2620; E-Mail: Kammerwahl@ae kb.de

Wahlberechtigung: Einsichtnahme in das Wahlverzeichnis

Um wählen zu können, müssen Sie als Mitglied der Ärztekammer Berlin in das Wahlverzeichnis eingetragen sein. Eingetragen werden alle wahlberechtigten Kammermitglieder (Ausnahmen von der Wahlberechtigung ergeben sich aus § 8 Absatz 2 Berliner Kammergesetz).

Wenn Sie die Eintragung Ihres Wahlrechts überprüfen möchten, können Sie Einsicht in das Wahlverzeichnis nehmen. Für diesen Zweck wird das Wahlverzeichnis in der Zeit vom

25. August 2018 bis zum 4. September 2018,
montags bis freitags von 9:00 bis 15:00 Uhr,

in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin,

ausgelegt.

Bitte melden Sie sich hierfür beim Empfang.

Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen.



7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



17. November 2018 von 09:00 bis 17:00 Uhr

„Salus aegroti suprema lex – das Wohl des Kranken ist das höchste Gebot“ und „Primum nil nocere – zuerst einmal nicht schaden“ sind die beiden Grundsätze, die für uns Ärztinnen und Ärzte seit jeher handlungsleitend sind. Darauf verlassen sich unsere Patientinnen und Patienten, darauf gründet ihr Vertrauen in uns.

Für uns Ärztinnen und Ärzte leitet sich aus diesem Vertrauen unter anderem die Verpflichtung ab, auf der Basis des aktuell bestverfügbaren Wissens und stets unter Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zu handeln.

Wir müssen wissen, was wir tun. Und wir müssen zum Wohle des Patienten unser Wissen als Grundlage ärztlichen Handelns auf dem aktuellen Erkenntnisstand halten. Dies ist umso anspruchsvoller, je schneller sich Wissenschaft und Forschung entwickeln, je kürzer die Halbwertszeit unseres Wissens ist und je mehr Möglichkeiten sich aus dieser Erkenntnisflut für die Patientenbehandlung ergeben bzw. ergeben könnten.

Ihr Wissen auf den Prüfstand zu stellen, sich aktiv einzubringen und sich auf neue Erkenntnisse und frische Vermittlungsformate, wie z. B. den „Science Slam“, einzu-

lassen, ist das Ziel des nun bereits zum siebten Mal angebotenen Fortbildungskongresses, zu dem Sie die Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft herzlich einlädt. Wir freuen uns sehr auf Ihre Teilnahme, sind neugierig auf Ihre Fragen und das, was Sie für Ihren ärztlichen Alltag aus dieser Veranstaltung mitnehmen werden. Seien Sie herzlich willkommen!

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Das vollständige Programm und die Anmeldeunterlagen erhalten Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin: www.aerztekammer-berlin.de/fb-kongress2018 oder Sie senden eine Mail an Fortbildungskongress@aekb.de. Wenn Sie den untenstehenden QR-Code nutzen gelangen Sie direkt auf die Homepage der Ärztekammer Berlin.





5. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie
18.-19. Oktober 2018 | Langenbeck-Virchow-Haus | Berlin, Deutschland

Die Themen

10 Jahre Aktionsplan AMTS: Erfolge und Perspektiven
Interprofessionelle Zusammenarbeit als Schlüssel zu mehr AMTS?
Medikationsplan: Forschungsprojekte, Status quo und Ausblick
Nebenwirkungen durch Medikationsfehler
AMTS in der Pädiatrie und Geriatrie
AMTS in Therapieleitlinien
Innovationsfonds – Untersuchungen zur AMTS

Plenarvorträge, Podiumsdiskussionen und Parallelveranstaltungen
(Seminare, Kurzvorträge und Workshops)

geführte Posterpräsentationen – Posterpreis

Das ausführliche Programm

mit Referenten, Vorträgen und Workshops sowie die Online-Anmeldung sind demnächst über die Kongress-Homepage unter www.patientensicherheit2018.de abrufbar.

Mit 12 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin anerkannt.

Kongressgebühr: 200,00 Euro für den gesamten Kongress.



Gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit,
veranstaltet von der Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft.



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



AUSBILDUNG MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE Prüfungstermine

ZWISCHENPRÜFUNG IM HERBST 2018

Termin: 9. Oktober 2018

Zeit: zwischen 8:00 und 13:00 Uhr
Die genaue Uhrzeit wird den Auszubildenden mit der Zulassung zur Prüfung mitgeteilt.

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anmeldeschluss: 10. September 2018

Das Anmeldeformular wird den ausbildenden Ärztinnen und Ärzten übersandt. Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben. Die Teilnahme an der Zwischenprüfung ist Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung und dient der Feststellung des Ausbildungsstandes der Auszubildenden.

ABSCHLUSSPRÜFUNG IM WINTER 2018/2019

Termine schriftliche Prüfung: 27. und 28. November 2018

Termine praktische Prüfung: 10. Januar bis 1. Februar 2019

Der genaue Prüfungstag wird mit dem Ergebnis der schriftlichen Prüfung mitgeteilt.

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Anmeldeschluss: 10. September 2018

Das Anmeldeformular wird den ausbildenden Ärztinnen und Ärzten übersandt. Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden mit folgenden Unterlagen anzumelden:

- Anmeldeformular
- Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn diese nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde
- schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass der Ausbildungsnachweis geführt wurde
- Bescheinigung des Auszubildenden über den Umfang der Fehltag in der Praxis
- Zeugniskopien aller Berufsschulsemester oder Kopie der aktuellen Zeugniskarte
- Nachweis über die Ableistung einer vertraglich vereinbarten Rotation

Bei Wiederholungsprüfungen kann auf dem Anmeldeformular die Befreiung von Prüfungsbereichen oder Prüfungsteilen, in denen bereits mindestens ausreichende Leistungen erbracht wurden, beantragt werden.

VORZEITIGE ZULASSUNG ZUR ABSCHLUSSPRÜFUNG im Winter 2018/2019

Der Antrag auf vorzeitige Zulassung ist von den Auszubildenden zu stellen. Eine vorzeitige Zulassung kann erfolgen, wenn die bisherigen Leistungen in Berufsschule und Ausbildungsstätte es rechtfertigen. Auszubildende mit Ausbildungsbeginn ab dem 2. April 2017 müssen zudem die Zwischenprüfung in allen Prüfungsbereichen jeweils mindestens „befriedigend“ absolviert haben. Schließlich ist zu beachten, dass eine Ausbildungsdauer von 18 Monaten nicht unterschritten wird. Das Antragsformular kann auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter www.aekb.de heruntergeladen werden. Anträge auf vorzeitige Zulassung sind mit folgenden Unterlagen einzureichen:

- ANLAGE zum Antrag auf vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung
- Befürwortung und Stellungnahme des Auszubildenden zu den Leistungen in der Praxis
- Bescheinigung des Auszubildenden über den Umfang der Fehltag in der Praxis
- Bestätigung des Auszubildenden, dass der Ausbildungsnachweis geführt wurde
- Befürwortung der Berufsschule mit dem Gesamtnotendurchschnitt
- Zeugniskopien aller Berufsschulsemester oder Kopie der aktuellen Zeugniskarte
- Nachweis über die Ableistung einer vertraglich vereinbarten Rotation

ERLEICHTERUNGEN IM PRÜFUNGSVERFAHREN für behinderte Menschen

Behinderten Menschen werden auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren eingeräumt. Bitte fügen Sie der Anmeldung zur Zwischen- bzw. Abschlussprüfung bei Bedarf einen begründeten Antrag auf Prüfungserleichterung einschließlich tauglicher Nachweise bei.

HINWEIS ZUR ANMELDEFRIST

Wenn die Anmeldung zur Abschlussprüfung sowie die für die Zulassungsentscheidung notwendigen Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht werden, kann eine Zulassung zur Prüfung nicht gewährleistet werden. Wir bitten daher darum, Anmeldungen und notwendige Unterlagen innerhalb der genannten Frist bei der Ärztekammer Berlin einzureichen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer:
030 / 40 80 6 - 26 26.

10 Jahre CIRS Berlin

Das lernende System



Im Jahr 2002 waren die Begriffe Patientensicherheit und CIRS allenfalls wenigen Eingeweihten bekannt. Erst gut zwei Jahre zuvor war die US-amerikanische Fachöffentlichkeit auf das Ausmaß der Folgen medizinischer Fehler aufmerksam geworden, als das Institute of Medicine einen Bericht unter dem Titel „To Err is Human“ publizierte: Krankenhausinfektionen, Medikationsfehler und andere unerwünschte Ereignisse hatten in den USA jährlich mehr Todesfälle zur Folge als z. B. Autounfälle. Risiken entstehen für Patienten – so erkannte man damals –, weil das Gesundheitswesen arbeitsteilig aufgebaut ist, viele Berufsgruppen Hand in Hand arbeiten müssen und Eingriffe und Diagnostik komplexer und riskanter geworden sind.

Von Barbara Hoffmann

Plakat zum BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2002: Fehlervermeidung und Sicherheitskultur.

Die Ärztekammer Berlin, die AOK Nordost und der AOK-Bundesverband hatten das Thema der Behandlungsfehler frühzeitig aufgenommen und den Berliner Gesundheitspreis im Jahr 2002 für Projekte, die zukunftsweisende Ansätze zur wirksamen Fehlerprävention bieten, ausgelobt. Prämiiert wurden sechs Projekte, dabei gingen zwei erste Preise an das Meldesystem für kritische Ereignisse des Departments Anästhesie an der Uniklinik in Basel (Schweiz) sowie an ein Projekt zum Risikomanagement in der Hausarztpraxis des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Kiel.

Was ist aus den beiden preisgekrönten Initiativen geworden? Das Basler System (CIRSmedical), von Daniel Scheidegger und Kollegen entwickelt, wurde zum CIR-System der deutschen Ärzteschaft, das seit 2005 vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ; eine gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) angeboten wird. Das Kieler Team wechselte gemeinsam mit dem an die Universität in Frankfurt am Main berufenen

Was ist CIRS?

CIRS (Critical Incident Reporting System) sind auch als Berichts- und Lernsysteme oder Fehlermeldesysteme bekannt. CIRS unterstützt das Sammeln und Aufarbeiten von kritischen Ereignissen, sodass die berichtende Person selbst, alle Kollegen, Leitungskräfte, im Idealfall aber auch andere Einrichtungen daraus lernen können. Sie können innerhalb einer einzelnen Einrichtung genutzt werden (einrichtungsintern) oder gemeinsam von mehreren Einrichtungen (einrichtungsübergreifend).

Dabei ist das physische Berichtssystem (z. B. eine Software) nur ein Gefäß; das entscheidende Lernen erfolgt erst durch die Analyse der berichteten Ereignisse und mit der konsequenten Umsetzung der abgeleiteten Maßnahmen.

Institutsleiter Ferdinand Gerlach nach Hessen und ging 2004 mit dem hausärztlichen Berichts- und Lernsystem www.jeder-fehler-zaehlt.de an den Start.

Und in Berlin? Hier gab es im Jahr 2005 ein erstes Treffen von Vertretern der Ärztekammer Berlin und aus Berliner Krankenhäusern, in denen erste interne CIR-Systeme als Pilotprojekte auf den Weg gebracht worden waren. Bis 2008 entwickelten dann die Ärztekammer und Mitarbeiter von interessierten Krankenhäusern gemeinsam mit dem ÄZQ das Konzept eines Netzwerks, in dem die Implementierung von hausin-

ternen CIRS unterstützt wie auch die Nutzung eines einrichtungsübergreifenden Berichtssystems angeboten wurden. Ziel war es, das gemeinsame Lernen aus kritischen Ereignissen und Fehlern sowie die Weiterentwicklung der Sicherheitskultur zu fördern.

Im September 2008 ging das Netzwerk mit insgesamt 14 Krankenhäusern von sechs unterschiedlichen Trägern an den Start. Die Gründungsmitglieder waren das Bundeswehrkrankenhaus Berlin, das Dominikus Krankenhaus, das Jüdische Krankenhaus Berlin, das St. Joseph Krankenhaus Tempelhof, das Krankenhaus



Foto: R. Schulten

Verleihung des BERLINER GESUNDHEITSPREIS 2002.



Foto: AKB

Das Anwender-Forum CIRS Berlin.

Waldfriede sowie das Vivantes – Netzwerk für Gesundheit mit neun Krankenhausstandorten.

Fünf Jahre später, im Jahr 2013, als das Patientenrechtegesetz verabschiedet wurde, waren es 23 Krankenhäuser von elf Trägern und im Jubiläumsjahr 2018 sind bereits 36 Krankenhäuser von 21 Trägern Mitglied bei CIRS Berlin. Auch vier Krankenhausstandorte aus dem Bundesland Brandenburg gehören mittlerweile dazu.

Die beiden Säulen des Netzwerks

Die zentralen Elemente des Netzwerks sind die Berichtsdatenbank, in die die teilnehmenden Krankenhäuser Berichte über kritische Ereignisse einstellen, und die regelmäßigen Treffen im Anwender-Forum. Hier kommen alle zwei Monate die Vertrauenspersonen aus den teilnehmenden Krankenhäusern (die dort das interne CIRS betreuen) in der Ärztekammer Berlin zusammen, analysieren aus der Berichtsdatenbank ausgewählte Berichte über kritische Ereignisse und

erarbeiten zu diesen Kommentare und Maßnahmenempfehlungen, die helfen sollen, ähnliche kritische Ereignisse zukünftig zu vermeiden.

Über diese Analysen, Kommentare und Maßnahmenempfehlungen wird dann auf drei verschiedenen Wegen informiert: Der „Fall des Monats“ wird auf der Internetseite des Netzwerks (www.cirs-berlin.de) veröffentlicht sowie von der Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung als elektronische „Netzwerk-Post“ über die Vertrauenspersonen an die beteiligten Krankenhäuser gesendet. Zudem werden sechs der „Fälle des Monats“ pro Jahr als „Aktueller Fall“ hier in BERLINER ÄRZTE publiziert.

Auf der Internetseite www.cirs-berlin.de sind alle Berichte aus der Datenbank des Netzwerks veröffentlicht. Die Berichte sind anonym und öffentlich zugänglich.

Die Ärztekammer Berlin betreibt als Trägerin des Netzwerks auch dessen Geschäftsstelle. Zwei Mitarbeiterinnen der Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung organisieren und moderieren

die Netzwerk-Treffen, erstellen auf der Basis der Diskussionen im Anwender-Forum die Kommentare und „Fälle des Monats“ und sammeln weitergehende Informationen zu CIRS und zu Patientensicherheitsmaßnahmen für die Weitergabe an die Vertrauenspersonen. Zudem sichten sie die eigene Berichtsdatenbank und die anderer CIR-Systeme, um insbesondere bei der Analyse der Ereignisse und der Entwicklung von Maßnahmen die teilnehmenden Krankenhäuser fachlich und methodisch kompetent unterstützen zu können.

Weiterentwicklung bis heute

In den ersten Jahren des Netzwerkes standen die Einrichtung von CIR-Systemen in den Krankenhäusern, die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit, die Schulungen der am Projekt beteiligten Personen, die technische Umsetzung und das gemeinsame Lernen, „wie CIRS funktioniert“, im Vordergrund. „Wir haben es als eine große Chance gesehen, CIRS zu etablieren, denn wir hatten

ja auch kein Know-how, irgendeine Software zu kaufen und allein auszuprobieren. Wir waren sehr schnell überzeugt, dass uns das Netzwerk bei der Implementierung sehr helfen würde. Es war total wichtig, diese Unterstützung zu haben“, sagt Ursula Bruckmann, Vertrauensperson aus dem Gemeinschafts-Krankenhaus Havelhöhe.

In den weiteren Jahren traten die Analyse von Berichten und die Entwicklung von Empfehlungen weiter in den Vordergrund. Heute entwickeln die Vertrauenspersonen im Netzwerk kontinuierlich ihre Kompetenzen für das interne CIRS und im Umgang mit kritischen Ereignissen weiter, lernen, wie man CIRS-Fälle strukturiert analysiert und besprechen kann und werden so sicherer im Umgang damit. In den Häusern wurden so das interne Fehlermanagement und das Feedback an die Mitarbeiter verbessert. Die Weiterentwicklung der internen Berichtssysteme ist auch für das Netzwerk essentiell: Wo sollen sonst die Berichte herkommen, wenn nicht aus gut funktionierenden internen CIRS?

Das Anwender-Forum – Arbeitstreffen und Vertrauensbasis

Zentral und von großem Nutzen für alle Beteiligten ist der Austausch im Anwender-Forum. Kritische Ereignisse werden aus unterschiedlichen Perspektiven analysiert und diskutiert. Dabei ist die Zusammensetzung im Anwender-Forum aus verschiedenen Berufen („nicht nur Ärzte und Pflegende“) und aus den anderen am Netzwerk beteiligten Krankenhäusern sehr wichtig. Es mache Spaß, „wenn die eigenen Fälle besprochen werden und durch die auch kontroverse Diskussion die eigenen Empfehlungen bereichert werden – das ist das Beste“, meint Enno Gentz, Vertrauensperson aus dem Krankenhaus Waldfriede.

Angelika Jakolow-Standke (Vertrauensperson aus dem Unfallkrankenhaus Berlin) beschreibt ihre Erfahrungen mit dem

Anwender-Forum so: „Hier gibt es eine offenere Diskussion über das, was in den Krankenhäusern so läuft, als ich das von anderen Zusammenkünften außerhalb meines Hauses kenne. Im Anwender-Forum wird auch mal gesagt, dass ein Ereignis auch bei uns hätte passieren können und dass bestimmte Verfahren oder Strukturen (noch) nicht vorhanden sind. Diese offene Gesprächsatmosphäre setzt eine Kultur des offenen Umgangs

miteinander voraus. Man darf auch mal zugeben, dass nicht alles perfekt organisiert ist.“

Im Anwender-Forum holen sich die internen CIRS-Teams „klugen Rat von außen“, nutzen die Erfahrung anderer und nehmen „oft gute Ideen“ mit, um im eigenen Haus damit weiter zu arbeiten. Das ist insbesondere für die Häuser relevant, in denen nur einzelne Personen mit Fragen von CIRS oder mit Fehler- und Risi-

Übersicht zu den Regelungen der üFMS-B

Im Patientenrechtegesetz (20.02.2013) fordert der Gesetzgeber Mindeststandards für interne Fehlermeldesysteme. Außerdem legt er fest, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS) bestimmen soll, die „geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen“. In diesen vom G-BA im Jahr 2016 formulierten Anforderungen ist festgelegt, dass das Meldesystem für alle Einrichtungen offen und über das Internet frei zugänglich sein muss; Meldungen und ihre Analysen (durch Expertinnen und Experten) müssen zeitnah veröffentlicht werden.

Sind diese Vorgaben des üFMS erfüllt und ein Krankenhaus nutzt dieses einrichtungsübergreifende Meldesystem, indem es dort Berichte einstellt und die vom üFMS veröffentlichten Fälle für das eigene interne Risikomanagement nutzt, kann das Krankenhaus einen Vergütungszuschlag von 0,20 € pro abgerechnetem vollstationären Fall im Rahmen der Budgetvereinbarung geltend machen. Der G-BA möchte damit nicht nur die interne Nutzung eines Meldesystems fördern, sondern auch die aktive Meldung an ein externes Meldesystem, da nur dann ein Lernen von anderen bzw. ein gemeinsames Lernen aus unerwünschten Ereignissen möglich ist.

Das Netzwerk CIRS Berlin als einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem erfüllt die Anforderungen des G-BA und stellt seit Beginn 2017, d. h. seit Gültigkeit dieser Zuschlagsregelung, für seine Mitgliedskrankenhäuser eine entsprechende Bescheinigung zur Vorlage bei den Budgetverhandlungen aus.

Neben dem Berliner CIR-System gibt es eine Reihe von weiteren externen Meldesystemen, die bundesweit oder regional, fachspezifisch, sektorenspezifisch oder für alle Bereiche der Versorgung angeboten werden. Diese sind virtuelle Angebote, d. h. der Austausch unter den Nutzern der einrichtungsübergreifenden CIRS einerseits und zwischen den Betreibern und ihren Nutzern andererseits findet im Internet statt. Demgegenüber lebt das CIRS Berlin auch in der realen Welt: Die Treffen des Anwender-Forums als regelmäßige und gern genutzte Möglichkeiten des persönlichen Austauschs und des gemeinsamen Lernens machen die virtuelle Datenbank von Berichten überhaupt erst zu einem Netzwerk.

komanagement befasst sind, wird aber auch von Einrichtungen geschätzt, die über Qualitätsmanagement-Teams verfügen.

Regelmäßige Rückmeldungen

Die Rückmeldung zu den Berichten wurde mit der „Netzwerk-Post“ verbessert – jeden Monat versendet die Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung der Ärztekammer Berlin den elektronischen

Newsletter mit dem aktuellen „Fall des Monats“, zumeist eine DIN A4-Seite umfassend, an die Krankenhäuser. Als praxisnah, sinnvoll und zielführend eingeschätzt wird er in praktisch allen Häusern auch intern weitergegeben, beispielsweise wird er im Intranet veröffentlicht oder als E-Mail an die Leitungen des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes oder an alle Mitarbeiter des Krankenhauses weitergeleitet.

Die in der Netzwerk-Post berichteten Ereignisse sowie die aus der Analyse der Ereignisse abgeleiteten Empfehlungen werden genutzt, um die eigenen Strukturen und Prozesse zu prüfen („Wie ist das bei uns geregelt?“). In manchen Häusern findet die Netzwerk-Post als eine externe Empfehlung („von der Ärztekammer“) eine besondere Aufmerksamkeit und kann helfen, interne Veränderungen anzuschließen. „Der Newsletter macht es uns leicht, aus den Fehlern anderer zu lernen“, meint Ursula Bruckmann vom GKH Havelhöhe.

Praktische Beispiele aus dem Netzwerk CIRS Berlin

Ein CIRS-Bericht und seine Folgen

Ein Patient wird nach einer Operation auf die Station gebracht. Es handelt sich um einen Patienten mit einem Luftröhrenschnitt (Tracheostoma), der mit einer Trachealkanüle versorgt ist. Nach dem Aufwachen aus der Narkose bekommt der Patient jedoch sehr schwer Luft.

Was war passiert? Die Trachealkanüle war nicht mit einer „feuchten Nase“ verbunden worden (diese befeuchtet die eingeatmete Luft), sondern mit einem Sprechaufsatz, der der „feuchten Nase“ zum Verwechseln ähnlich sah, jedoch anders eingesetzt werden muss. Die Verwechslung führte zur Atemnot des Patienten, die glücklicherweise rechtzeitig bemerkt wurde. Auf Anregung des Krankenhauses bietet der Hersteller nun einen farbigen Sprechaufsatz an, sodass die Verwechslungsmöglichkeit deutlich reduziert wird.

DRK Kliniken Berlin

Wir müssen reden! - Ein Netzwerk für den Austausch guter Ideen

Regelmäßig werden in den Netzwerktreffen aktuelle Informationen zu Themen der Patientensicherheit an die Krankenhäuser weitergegeben. Dadurch wurden die DRK Kliniken Berlin auf ein Instrument aufmerksam, das die Kommunikation bei Übergaben verbessern soll. Der Träger hatte in seinen drei Krankenhäusern in der Vergangenheit bereits gute Erfahrungen gemacht, die telefonische Weitergabe von Anordnungen oder Untersuchungsergebnissen zu trainieren und sicherer zu machen (sogenanntes write and read-back-Verfahren: Der Empfänger am Telefon liest vor, welche Anordnung bzw. welchen Befund er für welchen Patienten aufgeschrieben hat und der Anordnende bzw. Befundübermittler bestätigt das Vorgelesene). Nun sollen die Übergaben (z. B. zwischen Pflege und Arztdienst, bei perioperativen Patientenübergaben, zwischen Schichtdiensten etc.) mithilfe einer auf die Erfordernisse der Krankenhäuser angepassten Version des in den USA entwickelten Tools SBAR sicherer gemacht werden. Informationen zum Patienten, seiner Anamnese, seines aktuellen Zustandes und der geplanten Therapie sollen dabei in strukturierter Weise übergeben werden, damit keine relevanten Daten verloren gehen.

Und was bringt CIRS überhaupt?

Berichts- und Lernsysteme dienen der Identifikation von kritischen Ereignissen, um deren Ursachen zu erkennen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln, damit ähnliche Ereignisse in Zukunft nicht mehr auftreten. Konkrete CIRS-Berichte aus den am Netzwerk beteiligten Krankenhäusern zeigen, was deren Mitarbeiter und die gesamte Organisation gelernt haben (siehe praktische Beispiele).

Manchmal ist es jedoch nicht ein CIRS-Bericht allein, der den Anstoß gibt: Berichte im CIRS können auch ein Baustein sein, der mit anderen Risikoinformationen zusammen zu Entscheidungen für Maßnahmen führt, die die Patientensicherheit erhöhen.

So ist beispielsweise in (internen wie externen, d. h. aus anderen Krankenhäusern kommenden) CIR-Systemen über Fehlbedienungen von Spritzenpumpen (Perfusoren) berichtet worden. Infolge dieser Fehler wurden Infusionen unbeabsichtigt unterbrochen, Infusionsraten zu hoch oder zu niedrig eingestellt und dadurch Patienten gefährdet. Diese CIRS-Berichte haben die Charité zusammen mit der Beobachtung dieser Fehlbedienungen vor Ort dazu bewogen, in allen OP-Bereichen und auf allen Intensivstationen ein einheitliches Modell dieser Geräte einzusetzen. Denn: Als wichtiger Grund für diese Fehlbedienungen wurde das Nebeneinander von unter-



schiedlichen Modellen, z. T. von unterschiedlichen Herstellern, und die damit verbundenen unterschiedlichen Bedienungsweisen der Perfusoren erkannt.

Fast immer werden als Ursachen für kritische Ereignisse mangelhafte Organisation und Kommunikation genannt. Einige CIRS-Berichte, in denen Probleme bei der Kommunikation zwischen den an der Patientenversorgung direkt beteiligten Berufsgruppen beschrieben wurden, bewogen das Malteser-Krankenhaus Berlin zu einem internen Projekt, an dem alle Mitarbeiter beteiligt sind. Auf der Basis der „Wittener Werkzeuge“ (einem Konzept zur Beratung professionell Pflegenden, das die Bedürfnisse der Patienten/Bewohner und gleichzeitig die der Mitarbeiter adressiert) wird das Thema „Kommunikation im Pflege- und im multiprofessionellen Team“ in den Fokus gerückt. Wertschätzung, Miteinanderreden und „echtes“ Zuhören sowie das

gemeinsame Handeln („Hand in Hand“) werden zusammen reflektiert, um zu einer gemeinsamen Grundhaltung und zu einer besseren Zusammenarbeit zu kommen.

Manchmal zeigen erst die „Dokumentation“ von Ereignissen im internen CIRS oder eine Häufung von Berichten zu einer spezifischen Thematik die Notwendigkeit von Veränderungen auf. „CIRS ist das wichtigste Werkzeug, um auf Themen aufmerksam zu werden, da einem ja nicht alle Probleme im Haus direkt mitgeteilt werden und man nicht die ganze Zeit durchs Haus laufen kann“, berichtet Ute Grünwaldt, Vertrauensperson in der Schlosspark-Klinik.

Veränderung der Sicherheitskultur

Erst wenn man über Fehler und kritische Ereignisse spricht, kann man gemeinsam aus ihnen lernen. Aus diesem

Grund sind der offene und auf Verbesserungen bedachte Umgang mit Fehlern und die Vorbildfunktion insbesondere von Führungskräften ausschlaggebend dafür, ob ein internes CIRS auch wirksam genutzt werden kann.

In manchen Krankenhäusern muss noch Überzeugungsarbeit geleistet werden, damit mit den Meldungen tatsächlich positive Effekte und Veränderungen angestoßen werden können. Der Blick auf die Risiken im Krankenhaus ist doch sehr unterschiedlich, stellenweise werden Meldungen im CIRS immer noch als Kritik verstanden und nicht als wertvolle Information über Risiken und als Anregung, sich damit aktiv auseinanderzusetzen, auch wenn sich dies im Laufe der Jahre deutlich gebessert hat.

An dieser Stelle kommt auch wieder das Netzwerk ins Spiel, das Sascha Ullrich, Vertrauensperson aus den DRK Kliniken Berlin, als „Motor für eine Fehler- und

Sicherheitskultur“ bezeichnet. Das interne CIRS und das Netzwerk stärken gemeinsam auf der Führungsebene die Aufmerksamkeit für die Risiken eines Krankenhauses und zeigen gleichzeitig den Mitarbeitern, „dass man über alles berichten kann“, sagt Heike Dragowsky, Vertrauensperson aus dem Dominikus-Krankenhaus Berlin.

In vielen teilnehmenden Häusern ist das interne CIRS mittlerweile gut bekannt. So gehört es für viele Leitungsebenen mittlerweile „einfach dazu“ und die Mitarbeiter im klinischen Bereich betrachten es als sinnvolles Instrument für die Stärkung der Patientensicherheit. Andernorts gibt es jedoch immer noch Hinweise, dass manche Mitarbeiter hinsichtlich der Anonymität im CIRS skeptisch sind. Wiederum andere Vertrauenspersonen berichten, dass die Mitarbeiter mittlerweile merken, dass es keine Repressalien gibt, wenn kritische Ereignisse gemeldet werden. Dies zeigt sich auch darin, dass in einigen Häusern mittlerweile nicht nur anonym, sondern auch vertraulich berichtet werden kann und diese Möglichkeit von den Mitarbeitern gut genutzt wird. Die berichtende Person dokumentiert dabei im CIRS-Bericht ihren Namen, welcher vom krankenhausesinternen CIRS-Team jedoch nicht weitergegeben wird.

Kontinuierliches Engagement

CIRS macht man nicht „einfach mal so“, es braucht hausinterne Regeln, Ressourcen (insbesondere Mitarbeiter im CIRS-Team) und permanente Unterstützung durch die Leitung. Für CIRS muss man einen langen Atem haben sowie Kenntnisse und Erfahrungen für die Betreuung des Systems erwerben. Aus diesem Grund hat die Ärztekammer Berlin eine Fortbildung entwickelt, in der die Grundlagen für die Bearbeitung von CIRS-Berichten (Anonymisierung, Analyse, Ableitung von Maßnahmen etc.) vermittelt werden. Mit dem Berliner CIRS-Symposium wurde von der Ärztekammer Berlin zudem eine Fachtagung entwickelt, die – bisher in den Jahren 2015



Symposium CIRS 2015.

und 2017 veranstaltet – auch von Teilnehmern aus dem Bundesgebiet besucht wurde. In beiden Symposien wurden vor allem die Erfordernisse und Erfolgsfaktoren für den erfolgreichen Betrieb eines internen CIRS dargestellt und diskutiert.

In den vergangenen zehn Jahren konnte sich das Netzwerk durch die kontinuierliche Betreuung der Ärztekammer Berlin weiterentwickeln und ist mitunter auch Vorbild für andere Systeme, wenn z. B. erstmals Netzwerk-Kampagnen durchgeführt werden (oder das Modell in nationale Projekte, wie in das Schweizer CIRNET aufgenommen wurden). Denn: CIRS-Teams treibt nach wie vor die Frage an, auf welchen Wegen sie Kolleginnen und Kollegen immer wieder dazu motivieren können, über kritische Ereignisse zu berichten. Vor diesem Hintergrund wurde im Netzwerk z. B. eine Kampagne entworfen, in der die Mitarbeiter der Netzwerk-Häuser eingeladen wurden, innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten über Ereignisse an Schnittstellen (wie Krankenhausaufnahme, -verlegung und -entlassung) zu berichten. Damit sollte auf die internen CIRS aufmerksam gemacht und auch erreicht werden, dass gezielt Berichte zu einem Risikoschwerpunkt – in diesem Fall „Schnittstellen“ – eingehen, um diese

gesammelt auch auswerten zu können. Nachdem das Netzwerk im Jahr 2016 einen ersten Versuch mit dieser Strategie gemacht hatte, wurde die Kampagne 2017 auf ein weiteres konkretes Thema (Laborbefunde) fokussiert. Mit diesen Maßnahmen konnte in beiden Jahren die Anzahl der ans Netzwerk weitergeleiteten CIRS-Berichte gesteigert werden. Aus beiden Kampagnen gingen spezifische Empfehlungen für die genannten Risikoschwerpunkte hervor (siehe auch BERLINER ÄRZTE Ausgaben Mai und Juni 2018).

„Wichtig ist, was am Ende für uns dabei herauspringt“, bringt es eine Vertrauensperson eines am Netzwerk beteiligten Krankenhauses auf den Punkt. Und da sind sich alle Aktiven aus dem Netzwerk CIRS Berlin einig: Die Teilnahme am Netzwerk bedeutet für die Häuser, dass sie ihre Abläufe verbessern, ihr klinisches Risikomanagement stärken und so die Prozesse für Patienten sicherer machen können. Und auch in Zukunft müssen sich die internen CIRS-Systeme genauso wie das Netzwerk CIRS Berlin weiterentwickeln, damit das „lernende System“ munter weiter lernt.

Dr. med. Barbara Hoffmann
Abteilung Fortbildung / Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin

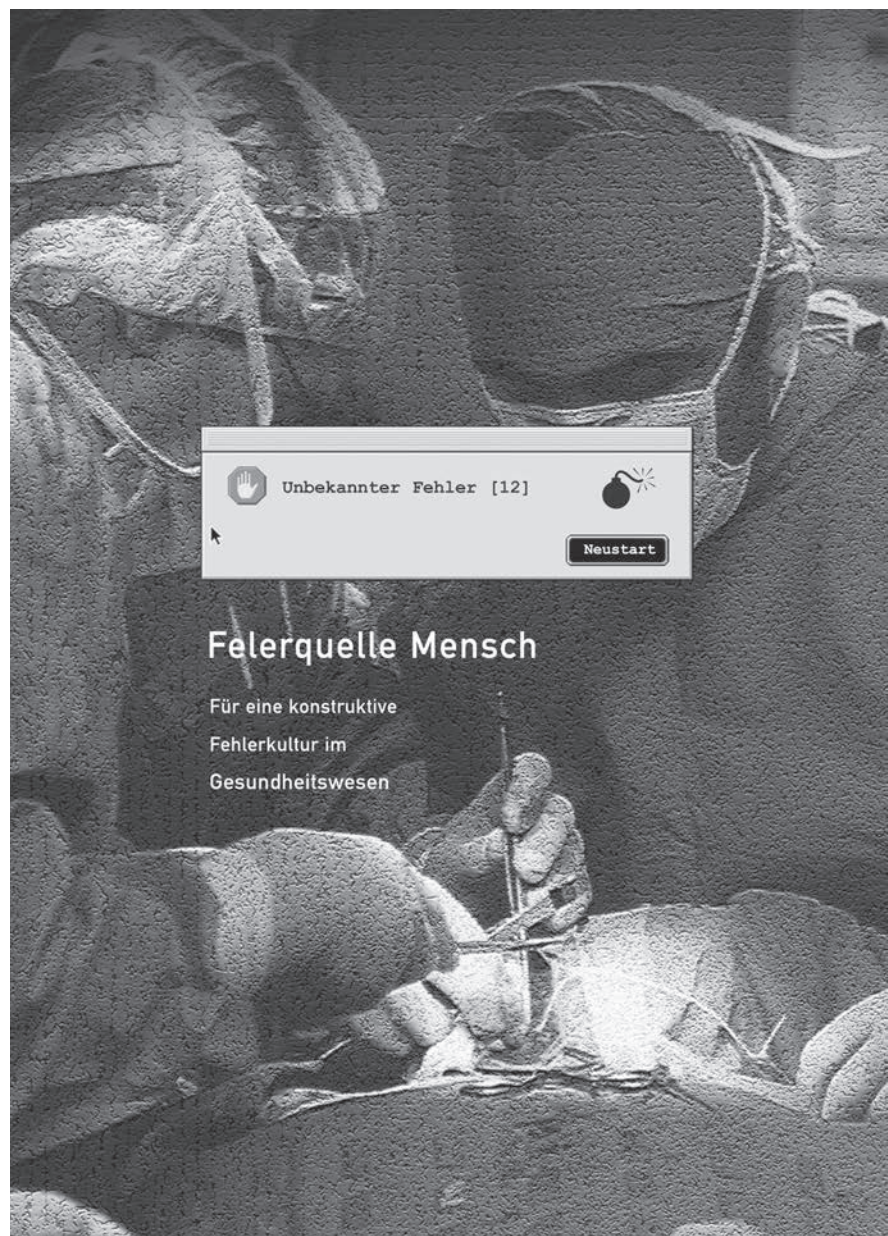
Fortentwicklung von Berichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung

Die Verbesserung der Patientensicherheit nimmt in der ambulanten Versorgung einen immer höheren Stellenwert ein und wird auch im Patientenrechtgesetz und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) besonders hervorgehoben. Die Qualitätsmanagement-Richtlinie fordert von niedergelassenen Praxen explizit den Einsatz von Fehlermanagement sowie von Fehlerberichts- und Lernsystemen (siehe Kasten S. 22) zur strukturierten Erfassung und Analyse von kritischen Ereignissen.¹ Während diese Systeme in deutschen Krankenhäusern bereits weitestgehend etabliert sind, werden sie im ambulanten Versorgungsbereich bislang selten genutzt.² Ein Grund dafür mag das als gering erscheinende individuelle Risiko für die Patientin oder den Patienten sein. Aus den hohen Kontaktzahlen der ambulanten Versorgung resultiert jedoch ein dringender Handlungsbedarf. Für die Praxen bedeutet das, dass sich ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende systematisch mit Fehlern, kritischen Ereignissen, Risiken und Beinahe-Schäden auseinandersetzen sollen. Denn nur so kann man aus ihnen lernen.

Das durch den Innovationsfonds geförderte Versorgungsforschungsprojekt „CIRSForte“ zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen (CIRS, critical incident reporting system) für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System nimmt gezielt die der ambulanten Versorgung eigenen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse in den Blick. Das Projekt ist auf drei Jahre angelegt und läuft bis März 2020. Neben dem Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main als Projektleitung sind das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), das Wissenschaftli-

che Institut der Techniker Krankenkasse (WINEG), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) und die Asklepios-Kliniken GmbH beteiligt.

Im ersten Projektjahr wurde in einer umfassenden Literaturrecherche der aktuelle Stand der Forschung zur Einführung von Berichts- und Lernsystemen erfasst, außerdem wurden die Betreiber ausgewählter bestehender



Titelbild BERLINER ÄRZTE November 2001: Konstruktive Fehlerkultur im Gesundheitswesen.

CIRS ambulant

In Deutschland suchen jährlich ca. 600 Millionen Mal Patienten eine Arztpraxis auf. Allein die große Anzahl der Behandlungen macht das Thema Patientensicherheit auch für den ambulanten Bereich relevant. Gleichzeitig ist aber der kollegiale und interprofessionelle Austausch unter den Arztpraxen – von Qualitätszirkeln und in Arztnetzen vielleicht abgesehen – nicht so einfach wie im stationären Bereich, weshalb gerade dort die Nutzung eines internetbasierten CIRS Grenzen des gemeinsamen Lernens überwinden kann.

Aus diesem Grund wurde auf Anregung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin vor drei Jahren eine Projektgruppe damit beauftragt, auch für den ambulanten Bereich den Aufbau eines CIRS Netzwerkes oder Alternativen zu prüfen.

Angesichts bereits vorhandener und gut funktionierender CIR-Systeme hat man sich gegen ein ambulantes Berliner CIRS mit einer eigenen Berichtsdatenbank entschieden. Stattdessen wird nun eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen regelmäßig CIRS-Berichte, die in den seit mehr als zehn Jahren bestehenden Berichts- und Lernsystemen www.jeder-fehler-zaehlt.de (hausärztliche Versorgung) und www.cirsmedical.de eingestellt werden, sichten und kommentieren. Analog den regelmäßig veröffentlichten aktuellen Fällen aus dem Netzwerk CIRS Berlin werden die aus kollegialer Perspektive kommentierten Berichte auch in BERLINER ÄRZTE regelmäßig veröffentlicht. Darüber hinaus können interessierte Kammermitglieder die Zusendung der Berichte per E-Mail-Newsletter abonnieren. An dieser Stelle möchten wir alle Kolleginnen und Kollegen dazu einladen, Ereignisse aus ihrer Praxis, die sie für lehrreich für andere halten, in den beiden genannten Berichtssystemen einzustellen.

In dieser Ausgabe von BERLINER ÄRZTE finden Sie nun den ersten Beitrag aus der Arbeitsgruppe „CIRS ambulant“ (siehe Seite 23).

CIRS zu ihren Erfahrungen befragt. Zusätzlich wurden mittels postalischem Fragebogen die Einstellungen von Praxisteams zum Umgang mit kritischen Ereignissen erhoben. Dabei zeigten sich drei wesentliche Problemfelder, die bei der Umsetzung von systematischem Fehlermanagement in ambulanten Praxen berücksichtigt werden sollten. Wie erwartet gingen die Befragten einerseits von einem geringen Risiko für kritische Ereignisse in ihrer Praxis aus, insbesondere die Risikowahrnehmung gegenüber kritischen Ereignissen mit Patientenschaden war sehr niedrig.

Andererseits waren sie zwar von den Vorteilen und der Sinnhaftigkeit der strukturierten Aufarbeitung von kritischen Ereignissen überzeugt, es fehlte aber an konkreten Umsetzungsplänen. Außerdem gaben sie Zeitmangel, vor allem in den Teambesprechungen, als Hindernis für ein strukturiertes Fehlermanagement an.

Im zweiten und dritten Projektjahr werden nun auf der Basis dieser Erkenntnisse bundesweit rund 400 ambulante Praxen unterstützt, ein Berichts- und Lernsystem einzuführen und systematisch

zu nutzen. Dazu wird kein weiteres CIRS entwickelt, sondern die Praxen werden auf die bereits bei ihnen vorhandenen Systeme oder auf bestehende Plattformen wie www.jeder-fehler-zaehlt.de oder www.cirs-nrw.de zurückgreifen. Es sind vielfältige Hilfestellungen und Prozesse vorgesehen, um die Praxisteams bei der Wahrnehmung, Besprechung und Vermeidung von möglichen kritischen Ereignissen zu unterstützen. Dazu zählen beispielsweise Workshops, Online-Schulungen, Newsletter und Qualitätszirkel. Auch erhalten die Praxen die im Rahmen von CIRSforte durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erarbeitete Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen „Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen“.³

Diese Praxisphase ist im April 2018 gestartet und läuft bis Herbst 2019.

Kontaktdaten: Dagmar Lüttel,
E-Mail: cirsforte@aps-ev.de,
Tel: +49 (0)30 3642 816 26

Dr. med. Beate Müller
Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt,
Leiterin des Arbeitsbereichs Patientensicherheit

Literatur.....

- 1) Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser: Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL 2015.
- 2) Gruber D, Blazejewski T, Beyer M, Müller H, Gerlach FM, Müller BS: Fehlermanagement in der ambulanten Praxis: Fokusgruppen mit Ärztinnen, Ärzten und Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med* 2018; 94(3): 110–5.
- 3) APS e.V.: Handeln bevor etwas passiert. Berichts- und Lernsysteme erfolgreich nutzen.: Handlungsempfehlung für ambulante Einrichtungen im Gesundheitswesen. Berlin 2018.

Neue Serie: CIRS ambulant

»Altes Röntgenbild beurteilt«

Eine Ärztin oder ein Arzt berichtet aus einer orthopädischen Praxis:

Was ist passiert?

Eine Patientin stellte sich vor einigen Jahren im Routinebetrieb der Praxis wegen belastungsabhängiger Schmerzen in der Leiste beim Gehen vor. Sie berichtete keine traumatischen Ereignisse. Die Untersuchung ergab ein Kapselmuster in Bezug auf das schmerzende Hüftgelenk und einen Druckschmerz im Bereich der Leiste. Die Patientin wurde wegen Verdacht auf Coxarthrose geröntgt. Die Mitarbeiterin, die mit der Anfertigung der Röntgenbilder beschäftigt war, hingte regelmäßig die angefertigten Röntgenbilder an den Schirm, was sich im Praxisalltag etabliert hatte. Auf der Beckenübersicht zeigten sich keine Frakturzeichen und allenfalls altersentsprechende Zeichen einer Degeneration der Hüftgelenke. Der Patientin wurden ein NSAR und Krankengymnastik verordnet. Einige Wochen später stellte sich die Patientin zu einer vereinbarten Kontrolluntersuchung vor und berichtete, dass die Beschwerden inzwischen zwar abgeklungen, aber immer noch störend zu spüren seien. Auf der aus der Röntgentüte entnommenen zuletzt angefertigten Beckenübersicht war jetzt eine leicht dislozierte vordere Beckenringfraktur (Os pubis) zu sehen. Die Daten auf der Aufnahme ließen sich eindeutig der Patientin und dem Datum der Erstkonsultation zuordnen. Eine sofort angefertigte Röntgenkontrolle ergab einen guten knöchernen Durchbau.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis?

Die Röntgenassistentin hatte bei der Erstkonsultation versehentlich eine alte Beckenübersicht aufgehängt. Die Patientin war früher schon einmal in der Praxis geröntgt worden und von daher stammte diese Aufnahme.

Der Untersucher hatte bei der Erstkonsultation nicht auf das Datum der Aufnahme geachtet und vertraute blind auf die bis dahin bewährte Tätigkeit der Mitarbeiterin. Da die Patientin keinen Nachteil aus dem Ereignis erlitten hatte, wurde die Fraktur vorsichtig thematisiert, um sie nicht zu verunsichern. Die Patientin wurde außerdem ausführlich zu Unfallereignissen befragt und berichtete schließlich von einem Sturz auf die betroffene Seite einige Tage vor der Erstkonsultation.

Kommentar:

Eine Beckenfraktur wird bei einer Mittfünzigerin übersehen: Nicht das aktuelle, sondern ein vor Jahren angefertigtes Röntgenbild war in der Konsultation beurteilt worden.

Ähnliche Ereignisse treten vermutlich häufiger auf. Dies kann mit Röntgen-, Mammografie-Bildern und anderen Darstellungen der bildgebenden Diagnostik passieren. Insbesondere, wenn eine Vielzahl von Bildern vorliegt oder wenn diese auf einer CD z. B. nicht chronologisch geordnet sind, kann es zu Verwechslungen kommen. Gelegentlich bringen Patienten Röntgenbilder mit, bei denen keine Jahreszahl zu erkennen ist.

Ähnliche Situationen, in denen der Name des Patienten oder das Datum einer Untersuchung noch einmal explizit geprüft werden muss, sind auch die Kontrolle von Laborbefunden und die Durchführung z. B. von Sonografien: Hier können noch die Daten des zuvor untersuchten Patienten im Computer aufgerufen sein. Bilder und Befunde würden einem falschen Patienten zugeordnet werden, wenn man das Versehen nicht rechtzeitig entdeckt.

Empfehlungen aus diesem Ereignis:

- Wenn man Röntgenbilder mit Clips markiert und durchnummeriert, sind diese leichter sortierbar.
- Vor jeder Beurteilung eines Röntgenbildes müssen der Name des Patienten und das Datum der Aufnahme geprüft werden. Wenn wie im geschilderten Fall eine Mitarbeiterin der Praxis das Bild aufhängt, erfolgt idealerweise die Prüfung sowohl von ihr als auch vom Arzt/von der Ärztin, die das Bild beurteilen.
- Um Namensverwechslungen bei apparativen Untersuchungen zu vermeiden, kann man den Patienten bitten, den eigenen Namen z. B. in der entsprechenden Datenmaske am Gerät selbst noch mal zu prüfen.

Arbeitsgruppe CIRS ambulant

Wenn Sie Interesse an einer Zusendung des jeweiligen aktuellen Berichts samt Kommentar haben, senden Sie uns einfach eine formlose E-Mail an: CIRSambulant@aekb.de
Sie erhalten dann den „Aktuellen Fall“ aus CIRSambulant per E-Mail zugesendet.

Assistentensprecher zwischen Kampfgeist und Resignation

Die Veranstaltung war ein Novum. Erstmals waren am 3. Juli rund 80 Assistentensprecherinnen und -sprecher der Berliner Kliniken in der Ärztekammer Berlin zusammengekommen. Sie waren damit einer Einladung von Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz gefolgt. Dafür waren 57 ärztliche Direktoren angeschrieben worden, 50 hatten sich mit der Nennung von Assistentensprechern zurückgemeldet.

Von Sascha Rudat

Als „aufregend“ bezeichnete Dr. Jonitz die Erstlingsveranstaltung im gut gefüllten Konferenzsaal der Kammer. Zum Auftakt erklärte er kurz, dass die Kammer keine Daten dazu habe, welche Ärzte sich aktuell in Weiterbildung befinden – da es bislang keine rechtliche Grundlage gebe, diese zu erfassen.

Neben Jonitz standen die Vorstandsglieder Dr. Werner Wyrwich und Dr. Thomas Werner (Vorsitzender des Krankenhausausschusses) sowie Dr. Klaus Thierse (Vorsitzender des Gemeinsamen Weiterbildungsausschusses und ehemals Ombudsmann für Weiterbildung) für Fragen zur Verfügung. Zum Einstieg stellten aber zunächst Dr. Catharina Döring-Wimberg (Leiterin der Abteilung Weiterbildung / Ärztliche Berufsausübung) und Dr. Antje Koch (Leiterin der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin) in Kurzform vor, was die Ärztekammer Berlin in Sachen Weiterbildung alles macht. „Eine gute Weiterbildung ist unser Ziel“, erklärte Döring-Wimberg und ergänzte, „wir können das beeinflussen, was in unseren Händen liegt. Neben einem breiten Serviceangebot ist u. a. die kontinuierliche Verbesserung der Facharztprüfungen ein Anliegen, das durch regelmäßig durchgeführte Prüferschulungen vorangetrieben wird. Antje Koch berichtete außerdem über 29 Begehungen von Weiterbildungsstätten, die im Jahr 2017 durchgeführt wurden: „Das klingt wenig, ist aber ein großer Aufwand, der über die Jahre Erfolg zeigt.“



Assistentensprecherin Clara Matthiesen machte den anderen Teilnehmern Mut. „Wir haben mehr Möglichkeiten als wir denken.“

„Da fehlt uns Munition“

In der anschließenden Diskussion wurde deutlich, dass die durch wirtschaftlichen Druck verursachte knappe Personalsituation in den Kliniken oft eng verbunden ist mit Problemen in der Weiterbildung. Spürbar war auch eine gewisse Befangenheit vieler Assistentensprecherinnen und -sprecher, sich offen zu ihrer schwierigen Arbeits- und Weiterbildungssituation zu äußern. So berichtete eine Sprecherin beispielsweise, dass der hohe ökonomische Zwang zu immer mehr Stellenstreichungen führe, was eine immer größere Arbeitsverdichtung bewirke. Das habe negative Folgen für die Weiterbildung. Sie

wünschte sich, dass die Kammer den Druck auf die Kliniken erhöhe, die Wertigkeit der Weiterbildung anzuerkennen. Jonitz bot den Anwesenden an, sich bei ihm zu melden, wenn es Missstände in der Weiterbildung gebe: „Als Kammerpräsident kann ich mich einklinken und muss keine Namen nennen.“ Werner Wyrwich betonte die Wichtigkeit von Rückmeldungen an die Ärztekammer, wenn etwas in der Weiterbildung schief läuft. Er führte an, dass sich bei der letzten Evaluation der

Weiterbildung durch die Ärztekammer Berlin nur 19 Prozent der angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beteiligt hätten. „Da fehlt uns Munition“, bedauerte er, „wir brauchen Ihre Hinweise und Unterstützung.“

Eine andere Assistentensprecherin berichtete, dass sie wiederholt selbstständig Dinge tun müsse, die sie noch nicht gelernt habe. Thomas Werner warnte: „Machen Sie nie etwas, was Sie nicht können und was Sie nicht gelernt haben. Tun Sie es trotzdem und es geht etwas schief, riskieren Sie ein Überverschulden.“ Stattdessen empfahl er, sich in den Häusern Gehör zu verschaffen und entsprechende Beschwerden –



Der Gesprächs- und Informationsbedarf der Assistentensprecherinnen und -sprecher war groß.

auch bei der Kammer – einzureichen, um diesen gefährlichen Missstand zu dokumentieren.

Stichwort Dokumentation: Jonitz riet den Anwesenden mehrmals, alle Überstunden, die sie machen, auch zu dokumentieren. „Und wenn es für die Selbstachtung ist“, ergänzte er. Diese persönliche Arbeitszeiterfassung sei eine wichtiges Druckmittel im Kampf für mehr Personal. Die nächste Ebene sei, sich Verbündete zu suchen. „Es sind immer Machtproben, die da ablaufen. Je breiter Aktionen getragen werden, umso besser ist das“, erklärte Jonitz und berichtete von seinen Erfahrungen als Assistentensprecher im ehemaligen Krankenhaus Moabit. Clara Matthiessen, Assistentensprecherin im Wenckebach-Klinikum, zeigte sich kämpferisch: „Es wird auch vergessen, welche Macht die Assistenten haben. Wir haben mehr Möglichkeiten als wir denken und wir können uns viel mehr trauen“, machte sie ihren anwesenden Kolleginnen und Kollegen Mut.

Konkrete Fragen

Doch die Beiträge der Anwesenden drehten sich nicht nur um ihre Arbeitssituation, sondern auch um ganz konkrete Fragen. Was ist beispielsweise, wenn der Weiterbildungsbefugte kurzfristig die Weiterbildungsstätte verlässt? Auch wenn in einem solchen Fall zunächst die Klinikleitung in der Pflicht ist, den Um-

stand und einen Ersatz zu benennen, so hat die Ärztekammer immer im Blick, konkrete Lösungen im Sinne der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zu finden. Andere Fragen drehten sich darum, was passiert, wenn man innerhalb der Weiterbildung das Bundesland und somit die Kammer wechselt. Thierse erklärte: „Im Prinzip gilt die Weiterbildungsordnung, wo die Prüfung ablegt wird.“ Er erläuterte jedoch, dass Weiterbildungszeiten und -inhalte nicht verlorengelangen und entsprechend der gültigen Weiterbildungsordnungen angerechnet werden.

Die zweieinhalb Stunden des Treffens reichten nicht, um alle – teilweise sehr komplexen Fragen – zu klären, zeigten aber, dass der Gesprächsbedarf unter den Assistentensprecherinnen und -sprechern der Berliner Kliniken ebenso groß ist, wie die Zufriedenheit darüber, sich in diesem Kreis austauschen zu können. Kammerpräsident Jonitz kündigte jedenfalls schon einmal eine Folgeveranstaltung am Ende des Jahres an.

srd



Kammerpräsident Jonitz: „Dokumentieren Sie Ihre Überstunden!“

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 / Teilnehmerentgelt	Fortbildungspunkte
23.08.2018	Wissenskontrolle GenDG	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 E-Mail: E.Hoehne@aekb.de Teilnehmerentgelt: kostenfrei	keine
E-Learning: ab 27.08.2018 Präsenztage: 27.09.2018 (Block A) 28.09.2018 (Block B)	Transfusionsbeauftragter/ Transfusionsverantwortlicher nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1401 E-Mail: R.Drendel@aekb.de Teilnehmerentgelt: 180 € insgesamt	16 P insgesamt
27.08. – 05.09.2018	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A1	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
05.09. – 14.09.2018	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs A2	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
13.10.2018	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 155 €	8 P
15.10. – 17.10.2018	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 270 €	23 P
17.10. – 19.10.2018	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209 E-Mail: FB-Strahlenschutz@aekb.de Teilnehmerentgelt: 240 €	20 P
05.11. – 14.11.2018	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs B1	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
14.11. – 23.11.2018	Arbeitsmedizinischer Weiterbildungskurs B2	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmerentgelt: 530 €	60 P
17.11.2018	7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft „Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen.“ (weitere Informationen s. S. xxx)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1211 E-Mail: Fortbildungskongress@aekb.de	10 P

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 betreiben, 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. Methode der Fallanalyse an einem Beispiel. Risikobewertung. Bearbeitung verschiedener Fallbeispiele in Kleingruppen: Fallanalyse, Ableitung von Maßnahmen, Kommunikation der Ergebnisse/Feedback.

Termin: 09.11.2018, 9:00 - 16:15 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Teilnehmerentgelt: Die Teilnahme kostet 100 €, die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt.

Informationen u. Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de.

Anerkannt mit 10 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 7 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

Weiterbildungskurs in der Kinder- und Jugendmedizin der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Kinder- und Jugendmedizin kann (in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung) lt. Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin die Weiterbildungszeit in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen. Er besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
3. 60 Stunden Hospitation im kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV oder in einer kinderärztlich geleiteten Rettungsstelle

Für den Theoriekurs ist eine Anmeldung unbedingt erforderlich. Das Teilnehmerentgelt beträgt 550 € und umfasst ebenfalls die Hospitation in der Praxis.

Termine (9 Stunden Theoriekurs): jeweils mittwochs 19:00 - 21:30 Uhr
26.09.2018 - Thema „Prävention“
07.11.2018 - Thema „Häufige Vorstellungsanlässe“
28.11.2018 - Thema „Schwere akute Erkrankungen / Notfälle“

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1209, E-Mail: N.Brien@aekb.de

Spezialkurse im Strahlenschutz

zum Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung für die Anwendungsbereiche Interventionsradiologie und Computertomographie

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie

Donnerstag, 29. November 2018, 09:00 - 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: Deutsches Herzzentrum Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie

Freitag, 30. November 2018, 08:30 - 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstraße 58 / 59, 10117 Berlin

Teilnehmerentgelt: Die Teilnahme kostet jeweils 155 €.

Informationen und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1209, E-Mail: fb-aag@aekb.de
Anerkannt mit jeweils 9 Fortbildungspunkten.

7. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Medizinisches Wissen – Komplexität. Herausforderungen. Reflektionen.

Die Medizin als wissensintensive „Dienstleistung“ und der damit verbundene Auftrag zum lebenslangen Lernen stellen Ärztinnen und Ärzte vor besondere Herausforderungen. Genauso, wie die Komplexität der täglichen Anforderungen und die Individualität der einzelnen (Patienten)Bedürfnisse. Der Fortbildungskongress bietet den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit, sich mit dem Thema Wissenserwerb und dem Umgang mit erworbenen Wissen auseinanderzusetzen.

Neben der Vermittlung von aktuellem medizinischem Wissen, unter anderem zur Arzneimittel(therapie)sicherheit oder dem Einsatz von Antibiotika, wird Raum geboten auch Fehler zu hinterfragen, das eigene ärztliche Handeln zu reflektieren – immer mit dem Ziel, im Sinne des Patienten gut entscheiden zu können. „Wissensquellen“ werden ebenfalls im Fokus stehen. Wie finde ich die Richtige? Wie kann ich, trotz enormer Belastungen im Arbeitsalltag, mit adäquaten Aufwand, den aktuellen Stand der Wissenschaft überblicken und einen maximalen Benefit für mich und meine ärztliche Arbeit erreichen?

Termin: 17.11.2018, 09:00 - 17:00 Uhr
Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Das vollständige Programm und das Anmeldeformular erhalten Sie unter www.aekb.de/fb-kongress2018.

Teilnehmerentgelt: 100 € (Mitglieder der Ärztekammer Berlin)
130 € (Nicht-Mitglieder der Ärztekammer Berlin)

Fortbildungspunkte: 10 CME-Punkte

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: 08.12.2018, 09:00 - 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, 10115 Berlin

Teilnehmerentgelt: 100 €

Information und Anmeldung: Ärztekammer Berlin, Tel.: 030/40806-1215, Fax: 030/40806-55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de
 Die Fortbildung ist mit 8 Fortbildungspunkten anerkannt.

Aus Fehlern lernen – Methoden der Analyse für Schadenfälle, CIRS und M&M-Konferenzen

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren tragen zum Entstehen von Schadenfällen bei? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? Die Basis des Lernens aus Fehlern ist dabei immer eine systematische Analyse des jeweiligen Falls.

Das systemische Verständnis zur Entstehung von Fehlern und praktische Fertigkeiten der Analyse und Bearbeitung von schweren Zwischenfällen, CIRS-Berichten und in M&M-Konferenzen werden in diesem Seminar vermittelt.

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

Termin: Die Blended Learning-Fortbildung wird in zwei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 24.10. – 21.11.2018

Präsenz-Modul: 22.11. – 24.11.2018

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnehmerentgelt: 650 €

Information und Anmeldung: Elke Höhne, Tel.: 030/40806-1402, E-Mail: E.Hoehne@aekb.de

Anerkannt mit 34 Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin und 14 Fortbildungspunkten der Registrierung beruflich Pflegender (RbP).

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200-Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin im Herbst 2018 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 03.09. - 08.09.2018

Präsenzwoche 2: 08.10. - 13.10.2018

Präsenzwoche 3: 19.11. - 24.11.2018

(jeweils montags bis freitags 09.00 - 18.00 Uhr und samstags von 09.00 - 16.00 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Tel.: 030/40806-1402 (Organisation), Tel.: 030/40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs@aekb.de

„Transfusionsbeauftragter/ Transfusionsverantwortlicher“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

Qualifikationskurs in Kooperation mit dem DRK-Blutspendedienst Nord-Ost und dem Institut für Transfusionsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Einrichtungen der Krankenversorgung, die Blutprodukte anwenden, haben gemäß § 15 des Transfusionsgesetzes ein System der Qualitätssicherung für die Anwendung von Blutprodukten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik einzurichten. In der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie) werden dazu verschiedene Qualifikationen und Aufgaben der Blutprodukte anwendenden Personen definiert, darunter transfusionsverantwortliche und transfusionsbeauftragte Ärzte.

Diese Fortbildungsmaßnahme richtet sich gemäß der Richtlinie Hämotherapie an Fachärzte und Fachärztinnen und setzt die Lernziele des Curriculums in Form eines Blended-Learning-Konzeptes mit einem vorbereitenden E-Learning-Anteil von zwei Unterrichtseinheiten à 45 Minuten und zwei Präsenzveranstaltungen mit jeweils sieben Unterrichtseinheiten um.

Für das E-Learning sowie für die Lernerfolgskontrolle werden eine Internetverbindung und die aktuelle Version eines gängigen Webbrowsers (z.B. Mozilla Firefox, Internet Explorer, Chrome, Safari) mit einem Plugin für PDF-Dateien und aktiviertem JavaScript benötigt. Die Datenschutzerklärung ist unter <https://elearning.aekb.de/einsehbar>.

Termine:

E-Learning	27.08. - 26.09.2018
Block A	27.09.2018
Block B	28.09.2018
Abschlusstest (Lernerfolgskontrolle)	29.09 bis 28.10.2018 (E-Learning-Plattform)

Veranstaltungsorte: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Regina Drendel, Tel.: 030/40806-1401, E-Mail: R.Drendel@aekb.de

Die curriculare Fortbildung ist durch die Ärztekammer Berlin mit insgesamt 16 Fortbildungspunkten anerkannt.

Hauptstadtkongress: ÄKB beteiligt sich an Zukunftsthemen

Auf dem diesjährigen Hauptstadtkongress, der vom 6. bis 8. Juni im CityCube tief im Westen Berlins stattfand, war der Vorstand der Ärztekammer Berlin wieder aktiv vertreten. Dabei ging es um zukunftsweisende Themen wie Digitalisierung, Werteorientiertes Gesundheitswesen, Führung im Krankenhaus und um die Rolle der Pflegekammern.

Von Sascha Rudat

Wir müssen definieren, welche Ziele „wir erreichen wollen“, machte der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, die Richtung für ein wertorientiertes Gesundheitswesen klar. Denn um welche Werte es gehen kann, darüber herrschten durchaus unterschiedliche Auffassungen in der Podiumsrunde mit dem Titel „Value Based Healthcare – der nächste Schritt in der Gesundheitsversorgung“. Richard Janßen vom Medizinproduktehersteller Medtronic vertrat beispielsweise eine sehr stark Outcome-orientierte Sichtweise und bemühte dazu europäische Vergleiche. Das Ergebnis, Neudeutsch

Outcome, stellte Jonitz ebenfalls in den Mittelpunkt seiner Überlegungen, doch für ihn zählt vor allem der Personal Value, also der persönliche Nutzen, der durch eine Behandlung für den Patienten erzielt wird. Und dieser Mehrwert kann individuell sehr verschieden sein. Jonitz bemängelte, dass stattdessen nur auf die Ausgaben geschaut werde und plädierte für eine Kultur des Miteinanders der im Gesundheitswesen Verantwortlichen, um eben jenen Mehrwert zu erreichen.

Mit dem Thema Digitalisierung im Krankenhaus beschäftigte sich eine

weitere Podiumsdiskussion, die von RBB-Moderator Jörg Thadeusz geführt wurde. Zum Einstieg gab Spiegel-Korrespondent Thomas Schulz, der viele Jahre in den USA gelebt hat, einen Einblick in die aktuelle Situation im Silicon Valley. Dort sei Gesundheit aktuell das Megathema. Für deutsche Verhältnisse unvorstellbar große finanzielle und personelle Ressourcen würden derzeit in unterschiedlichste Gesundheitsprojekte fließen. Schulz prophezeite riesige Sprünge im Bereich der Biotechnologie, wobei insbesondere der Einsatz von künstlicher Intelligenz eine Rolle spiele. Die übrigen Teilnehmer der Diskussionsrunde – vom Klinikleiter bis zum Pflegevertreter – holten das Gespräch schnell wieder auf den Boden deutscher Realität zurück. Und in dieser ist die Digitalisierung vielerorts nur in Teilen spürbar. Kammerpräsident Jonitz machte zudem deutlich, dass er in der Digitalisierung keinen Selbstzweck sieht. „Digitalisierung muss der Patientenversorgung dienen und zur Humanisierung führen“, forderte er. Schließlich machten Menschen andere Menschen gesund. „Der Patient ist mehr als die Summe seiner Daten und Krankheiten“, gab Jonitz zu Bedenken.

Um Menschen im Krankenhaus ging es auch bei einer Podiumsrunde, die u.a. von Kammervorstandsmitglied Dr. Werner Wyrwich geleitet wurde. Diskutiert wurde, wie man durch gute Führung das Personal im Krankenhaus mitnimmt. Dr. Axel Meeßen (MDK Berlin-Brandenburg) definierte Respekt und Vertrauen als Basis für eine gute und konstruktive Zusammenarbeit. Wyrwich betonte, dass man sich als Führungskraft kontinuierlich weiterentwickeln müsse. „Führung kann man lernen“, betonte er und verwies auf das Curriculum „Ärztliche Führung“ der Ärztekammer Berlin. Oberstarzt Dr. Christian Zechel vom Bundeswehrkrankenhaus Berlin machte in seinem Vortrag schließlich deutlich, weshalb sich klare Hierarchien und eine moderne Führung nicht ausschließen müssen.



ÄKB-Vorstandsmitglied Werner Wyrwich: „Führung kann man lernen.“

srd

Cannabis als Arzneimittel – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin fand reges Interesse

Cannabis als Arzneimittel im Jahr 2018 – Herausforderungen für Ärzte und Apotheker – so lautete der Titel einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin am 23. Mai 2018 im Hörsaal der Kaiserin Friedrich-Stiftung. Der rege Besuch reflektierte ein lebhaftes Interesse: Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin und Moderator der Veranstaltung, begrüßte im vollbesetzten Hörsaal etwa 160 Ärzte und Apotheker.

Von Sabine Möddel und Matthias Brockstedt

Zum Vortrag mit anschließender Diskussion hatten die Ärztekammer Berlin und die Apothekerkammer Berlin den Leitenden Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie / Schwerpunkt operative Intensivmedizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prof. Dr. med. Michael Schäfer, sowie Dr. rer. nat. Christian Ude, Inhaber der Stern-Apotheke in Darmstadt und Lehrbeauftragter an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt, eingeladen (lesen Sie dazu auch das Titelthema „Was kann Cannabis?“ in BERLINER ÄRZTE 6/2018).

In seiner Begrüßung nahm Dr. Brockstedt Bezug auf das Inkrafttreten des *Gesetzes zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften* am 10. März 2017. In § 31 Abs. 6 SGB V heißt es: „Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn 1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung a) nicht zur Verfügung steht oder b) im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung der behandelnden Vertragsärztin oder des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes der oder des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann, 2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht. (...)“ Angesichts der Tatsache, dass die aktuellen Gesetzesänderungen lediglich den therapeutischen Einsatz von Cannabis betreffen und die politischen Aussagen eine Trennung von Drogen- und Gesundheitspolitik beinhalten, verwies Moderator Brockstedt auf den therapeutischen Einsatz als korrespondierenden Schwerpunkt der aktuellen Fortbildungsveranstaltung.

Ebendiesem Ansatz folgend eröffnete Christian Ude seinen Beitrag mit einem Kurzporträt der Pharmakologie der Cannabinoide. Cannabis gehört zur Familie der Hanfgewächse und stammt vermutlich aus der Himalaya-Region, ist aber mittlerweile auf der ganzen Welt verbreitet und zählt zu den ältesten Nutzpflanzen überhaupt. Cannabis sativa bzw. Cannabis indica sind einjährige, krautige Pflanzen. Sie werden bis zu 7 m groß und haben mit ihren gezahnten, handförmigen Blättern ein markantes Erscheinungsbild. Männliche Blütenstände sind in losen Rispen, weibliche in Trauben angeordnet. Nur die weiblichen Blütenstände bilden Cannabinoide in

nennenswerter Menge. Das psychoaktive und am besten untersuchte Cannabinoid der Pflanze ist das *trans-Delta-9-Tetrahydrocannabinol* (THC), dessen Gehalt sich bei den unterschiedlichen Cannabissorten mit 1-22% erheblich unterscheiden kann. Darüber hinaus enthält die Hanfpflanze eine große Anzahl weiterer Phytocannabinoide, die bisher in keiner anderen Pflanze entdeckt wurden, unter anderem *Cannabidiol* (CBD) und *Cannabinol* (CBN). Hinzu kommen mehrere 100 Substanzen, deren Bedeutung bislang noch nicht gänzlich geklärt sind. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die sogenannten *Terpene*, die den typischen Hanfgeruch ausmachen, als weitere Pflanzeninhaltsstoffe die Wirkung der Cannabinoide modulieren können.

Aus pharmakologischer Sicht unterschiedet Ude zunächst grundsätzlich zwischen pflanzlichem Cannabis, Extrakten und (teil-)synthetischen Cannabinoiden.

Pflanzenbestandteile

- *Tetrahydrocannabinol* (THC), unter anderem psychotrop wirksam.
- *Cannabidiol* (CBD), nicht psychotrop wirksam.

Extrahierte Cannabinoide

THC und CBD werden zu medizinischen Zwecken auf feste Wirkstoffgehalte standardisiert.

- *Nabiximol* ist ein Extrakt aus Cannabis sativa. Wirksubstanzen sind THC und CBD in einer Mischung 1:1.

Teil- und vollsynthetische Cannabinoide

- *Dronabinol* ist chemisch identisch mit THC und wird durch Teilsynthese aufwendig aus natürlichem CBD gewonnen – aus rechtlichen Gründen aus Nutzhanf mit geringem THC-Gehalt. Es ist in Deutschland verkehrs- und verordnungsfähig, aber für keine Indikation zugelassen.
- *Nabilon* ist ein vollsynthetischer THC-Abkömmling.

Getrocknete Blüten

Die Zielstruktur der Cannabinoide besteht im körpereigenen Cannabinoidsystem, dem *Endocannabinoidsystem*. *Cannabinoid-Rezeptoren 1* (CB1) existieren im Zentralen Nervensystem mit einer besonderen Dichte im Rückenmark, Cortex, Basalganglien und Kleinhirn sowie in Me-

dulla, Hypothalamus und Hippocampus. *Cannabinoid-Rezeptoren 2* (CB2) sind hauptsächlich in lymphatischen Organen wie Milz oder Tonsillen lokalisiert. *Endocannabinoide* werden vom postsynaptischen Neuron gebildet, wenn Glutamat-Rezeptoren aktiviert werden. Nach der Freisetzung in den synaptischen Spalt erfolgt eine Aktivierung der Cannabinoid-Rezeptoren am präsynaptischen Neuron. Diese retrograde Transmission führt zu einer Hemmung der Neurotransmitter-freisetzung in den synaptischen Spalt. Auf Motoneuronen hemmen Cannabinoide die motorische Aktivität. Eine Rolle spielt das Endocannabinoidsystem auch bei der Schmerzwahrnehmung. Die Aktivierung von CB2-Rezeptoren in lymphatischen Organen wird mit antiinflammatorischen und immunmodulatorischen Effekten in Verbindung gebracht.

In Deutschland sind derzeit zwei Medikamente auf Cannabisbasis für jeweils eine Indikation zugelassen, welche mittels BtM-Rezept verschrieben werden können. Der Cannabisextrakt *Nabiximol* ist als Oromukosalspray (*Sativex*®) zur symptomatischen Behandlung von Patienten mit therapieresistenter Spastik aufgrund von Multipler Sklerose (MS) zugelassen. Der Wirkstoff *Nabilon* ist in Kapselform (*Canemes*®) zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen bei Tumorpatienten unter Chemotherapie zugelassen.

Studienlage

Michael Schäfer übernahm hier den Stafettenstab und näherte sich der Studienlage zum therapeutischen Einsatz von Cannabinoiden in ausgewählten Indikationsgebieten. Dass das Gesetz von der expliziten Benennung einzelner Indikationen für die Verordnung absieht, reflektiert die fragliche Evidenzlage. Vor diesem Hintergrund würdigte Schäfer die neue Metaanalyse „*Cannabis: Potenzial und Risiken. Eine wissenschaftliche Analyse (CaPRis)*“, deren Wert darin besteht, dass eine Forschergruppe um Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Eva Hoch (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum München) unter Auswertung von mehr als 2.000 Studien dem Nutzen von medizini-

schem Cannabis und auch den Risiken für den Freizeitkonsum nachgegangen ist.

Spastik bei Multipler Sklerose: Spastiken gelten als schmerzhafte Symptome und mögliche Komplikationen im Laufe von MS-Erkrankungen; ebenso können sie etwa als Folge von Rückenmarksverletzungen auftreten. Schäfer verwies auf die Studie von Whiting et al. (2015), mit der für diesen Indikationsbereich die randomisierten kontrollierten Studien zum Einsatz von Cannabinoiden bis 2015 durch eine Metaanalyse ausgewertet wurden. Zur Spastik lagen 14 Studien vor, davon elf bei MS (n = 2.138) und drei bei Paraplegie (n = 142). Alle Studien hatten Placebo-Vergleichsarme. Insgesamt ergaben die Studien einen Vorteil für Nabiximol bei MS-korrelierter Spastik. Weiterhin erwähnt der Review, dass Nabiximol die Schlafqualität deutlicher verbessert als das Placebo. Bezogen auf die Nachbeobachtungen von 3 bis 15 Wochen lautete die Beurteilung dieser großen Analyse „moderate Evidenz“ für eine Wirkung bei MS-assoziiierter Spastik. Für die strengen Outcomes „50 % Reduktion der Spastik bei einem Follow-up von 6 bis 14 Wochen“ sowie für den Parameter „Gesamteindruck“ wird die Evidenz als „in geringem Grad vorhanden“ beurteilt.

Neuropathischer Schmerz: Der Einsatz von Cannabinoiden innerhalb der Schmerztherapie ist laut Professor Schäfer bei neuropathischem Schmerz am besten untersucht. Petzke et al. (2016) dokumentierten in einer systematischen Übersichtsarbeit von 15 randomisierten, kontrollierten Studien mit 1.619 Teilnehmern, dass Cannabinoide Placebo in der Wirksamkeit geringfügig überlegen waren; in ihrer Verträglichkeit hingegen waren sie unterlegen. Hinsichtlich der Sicherheit ergab sich kein Unterschied. Daraus folgerten die Autoren, dass bei ausgewählten Patienten mit neuropathischen Schmerzen Cannabinoide für eine kurz- und mittelfristige Therapie mit nicht ausreichendem Effekt von Erst- und Zweilinientherapie in Betracht gezogen werden können.

Tumorschmerz: Bei Tumorschmerz ist der Einsatz von Cannabinoiden nach der aktuellen Datenlage als individueller Heilversuch anzusehen. Schäfer betonte, dass

Cannabinoide nicht etwa als isoliertes Therapieverfahren, sondern in Kombination mit physiotherapeutischen und schmerzpsychotherapeutischen Verfahren Anwendung finden sollten.

Umsetzung in der Praxis

Mit Blick auf den therapeutischen Einsatz rief Apotheker Ude die Notwendigkeit der Differenzierung der von ihm skizzierten „Cannabis“-Formen ins Bewusstsein und bildet eine Voraussetzung für die Beratung der Patienten. Ude warb ferner dafür, auf das *Neue Rezeptur-Formularium*® (NRF) zurückzugreifen – ein Standardwerk in Bezug auf die Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln und als solches, so Ude, ein überaus wertvolles „Kochbuch“ für Apotheker. Darin enthalten sind etwa Vorschriften zur Verarbeitung und Anwendung von Reinsubstanzen (Dronabinol, Cannabinol); ebenso können mit Hilfe der NRF-Rezepturen unterschiedliche Darreichungsformen wie Lösung, Kapseln, Inhalation oder Tee realisiert werden – dies ermöglicht in Bezug auf die Galenik eine individualisierte Therapie.

Ude und Schäfer fassten zusammen, dass die klinische Datenlage rund um Cannabinoide – auch angesichts der Heterogenität der untersuchten Präparate (pflanzlich, extrahiert, teil- bzw. vollsynthetisiert) – als mäßig zu bewerten ist. Gleichwohl ist die öffentliche Apotheke sehr gut in der Lage, bei Bedarf alle Anforderungen zur Abgabe von Cannabinoiden in verschiedenen Darreichungsformen zu erfüllen. Vom Moderator des Abends um ein Abschlusswort gebeten, äußerten die Referenten unisono, dass isolierte Wirkstoffe in einer sicher zu dosierenden Arzneiform, mithin die indikationsbezogene Entwicklung von Fertigarzneien, erstrebenswert ist.

Literatur in der Redaktion

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

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

Evidenzbasierung in der Psychotherapie

Von Julia Kreis und Sebastian Grümer im Auftrag des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V. (DNEbM – www.ebm-netzwerk.de)



Evidenzbasierung und Psychotherapie – passt das zusammen? Das mag man sich fragen, scheint es doch erheblich schwieriger, Effekte einer Intervention auf das innere Erleben eines Menschen zu erfassen, als die Effekte biomedizinischer Heilmaßnahmen.

Tatsächlich aber gibt es in der Psychotherapie eine lange Tradition der Evaluationsforschung, die sich unter anderem darin widerspiegelt, dass in den Curricula der Psychologie-Studiengänge die Ausbildung in Statistik sowie in allgemeinen Forschungsmethoden einen breiten Raum einnimmt (vgl. [1]).

Um nur ein Beispiel zu nennen: Der Begriff „Metaanalyse“ wurde in den 1970er Jahren von den Psychologen Gene Glass und Mary Smith geprägt [2,3]. Mit dem Anspruch, alle Studien zu identifizieren, die den Effekt von Psychotherapie untersucht haben, suchten sie anhand vorab definierter Kriterien systematisch nach allen relevanten Studien und schlossen schließlich 375 kontrollierte Studien in ihre Analysen ein. Dabei bestimmten sie für die berichteten Ergebnisse die jeweilige Größe des Effekts. Über alle Studien und Ergebnisse hinweg ergab sich dabei eine Überlegenheit der behandelten im Vergleich zu den unbehandelten Gruppen. Dabei betrug die standardisierte Mittelwertdifferenz (SMD) zwischen den Gruppen im Durchschnitt 0,68. Eine getrennte Analyse nach verschiedenen Therapiemethoden ergab die größte Effektstärke (0,91 SMD) für die systematische Desensibilisierung, eine verhaltenstherapeutische Methode zur Behandlung von Angststörungen.

Wie wichtig die Evaluation von Psychotherapie ist, zeigt sich auch daran, dass es – wie auch in der somatischen Medizin – Methoden gibt, die sich bei genauerer Betrachtung als schädlich erweisen: So hatte die Methode des „Debriefing“ bei traumatischen Ereignissen zunehmende Popularität erlangt, um den posttraumatischen Stress zu reduzieren und die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTSD) zu verhindern [4]. Ein Cochrane Review zu diesem Thema ergab allerdings keinerlei Vorteile dieser Maßnahme gegenüber dem Nichtstun, vielmehr zeigte sich sogar ein Hinweis auf einen Schaden in der Hinsicht, dass eine Studie nach einem Jahr ein statistisch signifikant erhöhtes Risiko für PTSD nach der Intervention zeigte (Odds Ratio [95 %-Konfidenzintervall] 2,51 [1,24; 5,09]) [4].

Umso bemerkenswerter ist in diesem Zusammenhang, dass die systematische Erfassung und Darstellung unerwünschter Ereignisse bzw. Nebenwirkungen, die man bei psychotherapeutischen Interventionen – wie bei allen Gesundheitsmaßnahmen [5] – erwarten würde, in der psychotherapeutischen Literatur bisher wenig Aufmerksamkeit erhalten [6].

Bei der Durchführung von randomisierten Studien (randomized controlled trials, RCT) stößt man im Bereich der Psychotherapie natürlich auf spezielle Herausforderungen. So ist eine Verblindung der Therapeutinnen und Therapeuten naturgemäß nicht machbar. Es ist aber beispielsweise möglich, Patientinnen und Patienten verschiedenen – glaubhaften – therapeutischen Vergleichsbedingungen zuzuteilen, und

auch die Erfolgsbeurteilung durch Personen vornehmen zu lassen, die die Gruppenzugehörigkeit nicht kennen [7]. Ähnlich wird bei der Evaluation anderer nicht medikamentöser Interventionen vorgegangen, für die das Verblindungsproblem – im Unterschied zur Evaluation eines Arzneimittels – in vergleichbarer Weise besteht. Auch werden im Unterschied zum Vorgehen bei der Bewertung von Interventionen im Bereich der somatischen Medizin in Psychotherapiestudien seltener objektive Endpunkte wie beispielsweise Überleben erhoben, sondern stattdessen meist subjektive in dem Sinne, dass es sich um Selbstauskünfte der Patientinnen und Patienten oder auch um Einschätzungen durch Klinikerinnen oder Kliniker handelt.

Gleichzeitig gibt es auch kritische Stimmen, die den Stellenwert von RCT für die Wirkungsforschung in der Psychotherapie grundsätzlich infrage stellen (z. B. [8]). Entsprechende Forderungen, auch anderen Studiendesigns einen höheren Stellenwert einzuräumen, werden insbesondere von psychodynamisch orientierten Psychotherapieforschern an die Psychotherapieforschung herangetragen [7].

Dessen ungeachtet haben die Maßstäbe der EbM auch für die Bewertung von psychotherapeutischen Interventionen schon lange Einzug in das deutsche Gesundheitssystem gehalten.

1998 wurde im Psychotherapeutengesetz [9] festgelegt, dass für die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut nur die Ausbildung in solchen Psychotherapie-

verfahren Grundlage sein darf, die als „wissenschaftlich anerkannt“ gelten. Zu dieser Frage erstellt der sogenannte Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie Gutachten, in denen nach EbM-Kriterien Studien systematisch recherchiert und ausgewertet werden [10].

Und auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) definiert Voraussetzungen, damit Psychotherapeutinnen und -therapeuten als Vertragstherapeuten zugelassen werden und mit den Kassen abrechnen dürfen [11].

Neben der wissenschaftlichen Anerkennung ist für die Aufnahme eines Psychotherapieverfahrens in den GKV-Katalog ein weiteres wesentliches Kriterium, dass dieses eine ausreichend breite Versorgungsrelevanz aufweist, d. h., dass mit diesem Verfahren nachweislich eine bestimmte Bandbreite von psychischen Störungen erfolgreich behandelt werden kann (sogenanntes „Schwellenkriterium“). So hat der G-BA der Gesprächspsychotherapie in einem Bewertungsverfahren diese Anerkennung verwehrt, da er zu dem Ergebnis kam, dass Wirksamkeit und Nutzen nicht für die Behandlung der wichtigsten, versorgungsrelevanten psychischen Erkrankungen in ausreichender Breite wissenschaftlich belegt sind [12,13]. In einem aktuell laufenden Verfahren berät der G-BA über die Aufnahme der Systemischen Therapie in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen. Hierzu hat das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im vergangenen Jahr einen Abschlussbericht erstellt, in dem 33 Studien zu 9 Störungsbereichen ausgewertet werden konnten [14].

Damit werden psychotherapeutische Interventionen vor einer Aufnahme in die GKV-Versorgung einer vergleichbar strengen Prüfung anhand der Kriterien der evidenzbasierten Medizin unterzogen wie andere ärztliche Interventionen. Eine Sonderstellung von dieser Regelung zur Aufnahme in den Leistungskatalog nehmen lediglich die so-

genannten „Richtlinienverfahren“ ein – die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Analytische Psychotherapie (beides psychoanalytisch begründete Verfahren) sowie die Verhaltenstherapie. Diese Verfahren gelangten in die Versorgung, bevor die Prüfung auf Basis der EbM eingeführt wurde [15]. Für diese Verfahren laufen aktuell nachträgliche Prüfungen durch den G-BA im Hinblick auf ihre medizinische Notwendigkeit und ihre Wirtschaftlichkeit. Hierzu hat das Bundessozialgericht allerdings festgestellt, dass ein nachträglicher Ausschluss dieser Verfahren oder Einschränkungen, die die Berufsausübung der Richtlinien-therapeutinnen und -therapeuten betreffen, nicht zulässig sei [15].

Korrespondenz:

Dr. Julia Kreis, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Im Mediapark 8, D-50670 Köln
E-Mail: julia.kreis@iqwig.de

Literatur:

1. Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) zur Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Psychologie an den Universitäten [online]. 29.04.2005 [Zugriff: 24.05.2018]. URL: <https://www.dgps.de/uploads/media/BMEmpfehlungDGPs.pdf>.
2. Glass GV. Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educ Res* 1976; 5(10): 3-8.
3. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32(9): 752-760.
4. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000560.
5. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden: Version 5.0. Köln: IQWiG; 2017. URL: https://www.iqwig.de/download/Allgemeine-Methoden_Version-5-0.pdf.
6. Jonsson U, Alaie I, Parling T, Arnberg FK. Reporting of harms in randomized controlled trials

of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemp Clin Trials* 2014; 38(1): 1-8.

7. Fydrich T, Schneider S. Evidenzbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut (Berl)* 2007; 52(1): 55-68.
8. Leichsenring F, Rieger U. Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM): randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien; gibt es nur einen Goldstandard? *Z Psychosom Med Psychother* 2004; 50(2): 203-217.
9. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz: PsychThG) [online]. 23.12.2016 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/BJNR131110998.html>.
10. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG: Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie; Version 2.8 [online]. 20.09.2010 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf>.
11. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie: Psychotherapie-Richtlinie [online]. 16.02.2017 [Zugriff: 24.05.2018]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_ik-2017-02-16.pdf.
12. Gemeinsamer Bundesausschuss. Bundessozialgericht: keine Gesprächspsychotherapie auf Kassenkosten [online]. 03.11.2009 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/315/>.
13. Gemeinsamer Bundesausschuss. Keine Gesprächspsychotherapie zu Lasten der GKV: Landessozialgericht bestätigt Entscheidung des G-BA; Signalwirkung für noch anhängige Rechtsstreite [online]. 05.11.2008 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/265/>.
14. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren: Abschlussbericht: Auftrag N14-02 [online]. 24.05.2017 [Zugriff: 25.07.2017]. (IQWiG-Berichte; Band 513). URL: https://www.iqwig.de/download/N14-02_Abschlussbericht_Systemische-Therapie-bei-Erwachsenen_V1-0.pdf.
15. Gemeinsamer Bundesausschuss. Prüfung der Richtlinienverfahren [online]. 15.12.2014 [Zugriff: 09.05.2018]. URL: <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/psychotherapie/pruefung/>.

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Mai und Juni 2018*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Florian Adlberger	FA Allgemeinmedizin	26.06.18
Dr. med. Johann Ahn	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	16.05.18
Dr. med. Holger Andree	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	16.05.18
Dr. med. Aimara Arias	FA Allgemeinmedizin	16.05.18
Haythem Balf	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.06.18
Nils Banthien	FA Neurologie	12.06.18
Marcus Beck	FA Strahlentherapie	18.06.18
Olga Becker	FA Allgemeinmedizin	26.06.18
Madlen Belß	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.06.18
Nora Berger	FA Allgemeinmedizin	19.06.18
Elife Berisha	FA Strahlentherapie	02.05.18
Dr. med. Corinna Berlien	FA Innere Medizin	28.06.18
Daniel Bestler	FA Innere Medizin	30.05.18
Dr. med. Juliane Biermann	FA Urologie	12.06.18
Dr. med. Daniela Blaschke	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.06.18
Dr. med. Alexander Blau	FA Innere Medizin	16.05.18
Dr. med. Friderike Blumenthal- Barby	FA Innere Medizin	13.06.18
Dr. med. Olga Braicks	FA Allgemeinmedizin	22.05.18
Dr. med. Johannes Brenck	FA Neurologie	05.06.18
Dr. med. Claudia Brockmann	FA Augenheilkunde	23.05.18
Dr. med. univ. Astrid Bukal	FA Psychiatrie und Psychotherapie	15.05.18
Dr. med. Friedel Büter	FA Allgemeinmedizin	15.05.18
Dr. med. Carina Flemmig	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.05.18
Dr. med. Cristina Caspari	FA Viszeralchirurgie	29.05.18
Jan Peter Michael Cornely	FA Innere Medizin und Nephrologie	13.06.18
Konstantinos Danas	FA Augenheilkunde	23.05.18
Eirini Dedonaki	FA Innere Medizin	16.05.18
Dr. med. Philipp Demmer	FA Humangenetik	03.05.18
Wail Diab	FA Psychiatrie und Psychotherapie	29.05.18
Dr. med. Gabriele Dichtl	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.06.18
Dr. med. Carlo Dietl	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Dr. med. Sonja Alexandra Dittbrenner	FA Allgemeinmedizin	22.05.18
Barbara Dragendorf	FA Anästhesiologie	04.06.18
Dr. med. Nadja Ehmke	FA Humangenetik	13.06.18
Dr. med. David Ehrlich	FA Innere Medizin	13.06.18

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Sana El-Mahmoud	FA Radiologie	18.06.18
Alexandra Evertz	FA Arbeitsmedizin	08.05.18
Dr. med. Lisa Freude	FA Kinder- und Jugendmedizin	30.05.18
Dr. med. Julia Friemuth	FA Innere Medizin	30.05.18
Dr. med. Moritz Fröhlich	FA Innere Medizin	16.05.18
Heike Gottschall	FA Innere Medizin	16.05.18
Dr. med. Philip Grunert	FA Innere Medizin	17.05.18
André Günther	FA Allgemeine Chirurgie	12.06.18
Tobias Handke	FA Psychiatrie und Psychotherapie	15.05.18
Dr. med. David Hasan	FA Innere Medizin	28.06.18
Dr. med. univ. Sarah Häußinger	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	20.06.18
Dr. med. Johanne Charlotte Heidelk-Lüdert	FA Strahlentherapie	18.06.18
Dr. med. univ. Tobias Heinsohn	FA Anästhesiologie	23.05.18
Dr. med. Laura Hinderer	FA Pathologie	20.06.18
Susan Hinkson	FA Anästhesiologie	04.06.18
Arne Höning	FA Radiologie	18.06.18
Dr. med. Evelyn Hufenbach	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	20.06.18
Dr. med. Sophia Hünnebeck	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Dr. med. univ. Thomas Jaklitsch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.06.18
Alaa Kamar Aldeen	FA Thoraxchirurgie	29.05.18
Dr. med. Marcus Kamphausen	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Dr. med. Filiz Karakaya	FA Allgemeinmedizin	16.05.18
Dr. med. Stephan Kausche	FA Allgemeinmedizin	08.05.18
Viviane Kirchner	FA Allgemeinmedizin	19.06.18
Dr. med. Juliane Klaus	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	20.06.18
Dr. med. Jan Klette	FA Innere Medizin	30.05.18
Dr. med. Christine Klühs	FA Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	16.05.18
Christopher Kohler	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Dr. med. Maximilian Königbauer	FA Urologie	12.06.18
Dr. med. univ. Philipp Kosian	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	30.05.18
Tobias Kramer	FA Hygiene und Umweltmedizin	02.05.18
Annemarie Krauß	FA Kinder- und Jugendmedizin	06.06.18
Lea Kredel	FA Innere Medizin	17.05.18

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Ilka Kriedemann	FA Urologie	12.06.18
Dr. med. Jenny Kuke	FA Innere Medizin	16.05.18
Carmen Langsieb	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Dr. med. univ. Stefanie Leopold	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	12.06.18
Dr. med. Jörg Linneweber	FA Gefäßchirurgie	15.05.18
Dr. med. Jule Louw	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15.05.18
Dr. med. Julia Lüblinghoff	FA Augenheilkunde	23.05.18
Dr. med. Maike Tipke	FA Kinderchirurgie	29.05.18
Dr. med. Andreas Maxeiner	FA Urologie	19.06.18
Dr. med. Christian Meier	FA Strahlentherapie	18.06.18
Dr. med. David Mersch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.05.18
Nadja Mielke	FA Allgemeinmedizin	15.05.18
Dr. med. Daniel Misch	FA Innere Medizin und Pneumologie	21.06.18
Tip Dr. / Selcuk Universität Alper Moran	FA Allgemeinmedizin	16.05.18
Dr. med. Felix Mross	FA Radiologie	20.06.18
Priv.-Doz. Dr. med. Kerim Mutig	FA Anatomie	27.06.18
Dr. med. Nevin Nassar	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.05.18
Dr. med. Susanne Naundorf	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.06.18
Dr. med. Inga Obara	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.05.18
Dr. med. Silke Onken	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15.05.18
Dr. med. Yanling Ouyang	FA Augenheilkunde	23.05.18
Dr. med. Christoph Paasch	FA Allgemeine Chirurgie	12.06.18
Claudia Dorin Pape	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.06.18
Dr. med. Klaas Peymann	FA Innere Medizin	17.05.18
Helena Dorothea Radbruch	FA Neuropathologie	30.05.18
Dr. med. Josefine Radke	FA Neuropathologie	30.05.18
Dr. med. Constance Raimer	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15.05.18
Dr. med. Sabine Rinke	FA Allgemeinmedizin	26.06.18
Dr. med. Tim Rose	FA Allgemeinmedizin	08.05.18
Armin Rudolph	FA Psychiatrie und Psychotherapie	29.05.18
Dr. med. Heinrich-Daniel Rühmkorf	FA Allgemeinmedizin	19.06.18
Dr. med. Christoph Ruwwe-Glösenkamp	FA Innere Medizin und Pneumologie	21.06.18
Dr. med. Laura Schaad	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.05.18
Dr. med. Laura Schenk	FA Innere Medizin	13.06.18
Dr. med. Cynthia Schirmer	FA Urologie	12.06.18

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Claudia Schmidt	FA Arbeitsmedizin	26.06.18
Dr. med. univ. Fabian Schmidt	FA Allgemeinmedizin	08.05.18
Alexandra Schröder	FA Anästhesiologie	04.06.18
Dr. med. Ruth-Andrea Schubert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.05.18
Robert Schur	FA Innere Medizin	13.06.18
Hanna Seewald	FA Kinder- und Jugendmedizin	09.05.18
Anastasia Shibina	FA Innere Medizin	17.05.18
Erkan Sivrioglu	FA Allgemeinmedizin	15.05.18
Priv.-Doz. Alina Smorodchenko	FA Anatomie	27.06.18
Dr. med. Friederike Steinbrink	FA Neurologie	05.06.18
Ines Stenzel	FA Viszeralchirurgie	12.06.18
Benjamin Storek	FA Innere Medizin	16.05.18
Dr. med. Marc Swierzy	FA Thoraxchirurgie	29.05.18
Dr. med. Alice Szerdahelyi	FA Allgemeinmedizin	26.06.18
Marija Targosz	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.06.18
Dr. med. Cathleen Thätner	FA Innere Medizin	28.06.18
Christopher Theißen	FA Allgemeinmedizin	22.05.18
Maren Thiel	FA Allgemeinmedizin	15.05.18
Deborah Thomas	FA Kinder- und Jugendmedizin	30.05.18
Dr. med. Sylvana Unger	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	27.06.18
Konrad von Kottwitz	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.06.18
Dr. med. Johanna von Mechow	FA Allgemeinmedizin	19.06.18
Miriam Vosloo	FA Gefäßchirurgie	15.05.18
Dr. med. univ. Amelie Waldthaler	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.06.18
Alexander Weber	FA Gefäßchirurgie	15.05.18
Susanne Weber	FA Innere Medizin	28.06.18
Dr. med. Sabine Wetzel	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	13.06.18
Franziska Wickmann	FA Radiologie	20.06.18
Cornelia Wiehe	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	16.05.18
Uta Woweries	FA Allgemeinmedizin	08.05.18
Dr. med. Jun-Stephan Yajima	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.06.18
Dr. med. Mehrak Yoosefi Moridani	FA Kinder- und Jugendmedizin	20.06.18

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

Andreas Grüneisen zum 75.

Ein besonderer Mensch verdient eine besondere Würdigung zu einem besonderen Ereignis: Zur Geburtstags-Laudatio für Dr. med. Andreas Grüneisen haben sich zwei seiner Freunde zusammengetan, um Licht von zwei verschiedenen Seiten auf ihn zu werfen, der als Person jedoch nichts weniger möchte, als im Rampenlicht zu stehen.

Andreas Grüneisen stammt aus einer Theologenfamilie und wurde am 17. August 1943 in Fürstenwerder in der Mark geboren. Auf Umwegen kam er 1949 nach Berlin und machte sein Abitur im heutigen Grauen Kloster. Medizin studierte er in Berlin, Heidelberg und Zürich und legte sein Staatsexamen 1968 in Berlin ab, wo die Unruhen an den Universitäten ihrem Höhepunkt entgegen strebten. Nach einer Forschungszeit am Max-Planck-Institut in Tübingen begann er seine klinische Zeit 1973 im damals Städtischen Krankenhaus Neukölln.

Nach seiner Weiterbildung zum Arzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie fungierte Andreas Grüneisen viele Jahre als Oberarzt in Neukölln. Sein ärztliches Handeln war bestimmt von der in den 1970er Jahren erstmals vorgestellten Prinzipienethik in der Medizin. Er ist kein Mann der großen Worte, sondern der konsequenten Umsetzung rationaler medizinischer Entscheidungen. Dabei ließ er sich im Einzelfall grundsätzlich von dem Bedürfnis seiner Patienten leiten, die sich häufig in existenziell bedrohlicher Krankheits-situation befanden, und nicht von patientenfernen Überlegungen. Die Patienten fanden in Andreas Grüneisen stets einen guten Arzt, dem sie sich anvertrauen konnten, der mitunter unangenehme Wahrheiten vermittelte, sie in schwierigen Situationen begleitete und sie – lange bevor „Shared Decision Making“ populär wurde – aktiv an Therapieentscheidungen beteiligte.

Geprägt durch sein Elternhaus und sein Medizinstudium während der 1968er Bewegung war Andreas Grüneisen für Ärzte und Pflegekräfte in Neukölln ein wichtiger Ansprechpartner und auch Vertrauensperson, da er sich um ihre Probleme im klinischen Alltag sehr engagiert kümmerte und sich für ihre Belange stets einsetzte. Die Ovationen der anwesenden Kollegen anlässlich seines Abschiedssymposiums 2008 verdeutlichten, wie erfolgreich er auch diese Funktion wahrnahm.

Andreas Grüneisen ist ein politischer Mensch und versteht auch den Beruf des Arztes als einen politischen: Früh engagierte er sich in verschiedenen Gruppierungen, in der Gewerkschaft ÖTV, dem MB, in Bürgerinitiativen und der Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte, einer Art Vorläufer der Fraktion Gesundheit. Er verweigerte die Zwangsbehandlung hungerstreikender RAF-Häftlinge und handelte sich damit nicht unerheblichen Ärger ein. Im Mittelpunkt seiner Bemühungen steht immer der Mensch, niemals er selbst. Er war viele Jahre Delegierter der Ärztekammer Berlin, davon die letzten als Sprecher seiner Fraktion. Aber er gehörte nie zu denen, die aktiv werden, wenn es um Posten zu verteilen gilt, er war nicht interessiert an Aufwandsentschädigungen als Vorsitzender eines Gremiums, und dennoch war und ist er wichtig, wenn Zeichen gesetzt und Richtungen bestimmt werden müssen. Bequem ist Andreas nicht, aber immer gradlinig. Daher beschränkt sich seine politische Arbeit auch nicht auf Landespolitik: Seit Jahren engagiert er sich im Auftrag des Weltkirchenrates für Menschen in Palästina und ist mittlerweile anerkannter Experte für dieses Gebiet. Eine Beschreibung von ihm wäre absolut unvollständig, wenn nicht auch erwähnt würde, dass er seit vielen Jahren singt: Schon früher sang er in einem der renommiertesten Chöre

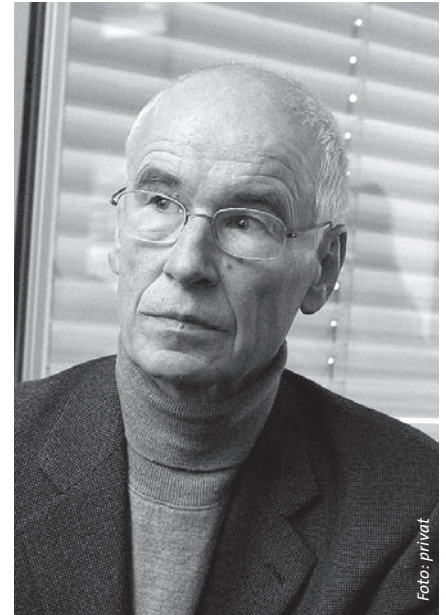


Foto: privat

Deutschlands und noch heute singt er Madrigale von Monteverdi, Bach-Passionen und Musik des 21. Jahrhunderts.

In einer Zeit, in der „die meisten“, um mit Theodor W. Adorno zu sprechen, „mit dem Stachel löcken“, ist es eine Freude, sich jetzt und hoffentlich noch lange zu den Freunden von Andreas Grüneisen zählen zu dürfen.

Wir gratulieren ihm herzlich.

Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig und
Dr. med. Volker Pickerodt

Gunther Geserick ist 80 Jahre alt

Da ist einer 80 Jahre alt geworden, der noch lesen und schreiben kann, der selbst viel geschrieben hat [über 400 Publikationen: 361 gedruckte Arbeiten (bis in die Gegenwart hinein) und 51 Buchbeiträge, bzw. -kapitel und Bücher], der die Geschichte des Faches kennt, der zwei Diktaturen erlebt hat und danach die schwache Demokratie und – das scheint mir das Wichtigste – der Mensch geblieben ist. Gunther Geserick musste beinahe tatenlos mit ansehen, was aus seinem Fach wurde, in seinem Land, in seiner Stadt. Und dabei war er nie tatenlos. Er wurde am 11. Juli 1938 in einer Lehrerfamilie in Berlin geboren und kriegsbedingt zunächst ins „großelterliche“ Luckenwalde vertrieben, wo er bis zum Abitur 1956 blieb. Danach studierte er in Berlin zügig und promovierte schon 1962 bei Prof. Dr. Rapoport, um danach bei Prof. Dr. Prokop in das Institut für gerichtliche Medizin einzutreten. Das waren die Aufbaujahre, denn Prokop hatte das weitgehend am Boden liegende Institut erst 1957 übernommen. Die weitere Entwicklung verlief planmäßig, was nicht am Sozialismus lag, sondern seine eigene Leistung war: 1967 Facharzt, 1973 Habilitation, 1973 bis 1983 Erster Oberarzt, 1975 Facultas docendi, 1977 Hochschuldozent, 1984 (trotz Prokop, denn es galt das Prinzip „Du sollst keine anderen Götter haben neben mir“!) zum ordentlichen Professor für gerichtliche Medizin an der Humboldt-Universität berufen und schließlich 1987 als Prokops Nachfolger Ordinarius und Direktor des Institutes. Im Jahr 2003 ist er ausgeschieden. Dazwischen aber lag die „Wende“, und die brachte viel Arbeit und eine gehörige Umstellung. Zunächst wurde die Arbeit in Berlin „vereint“, dann die Institute – und nicht jeder Kampf war siegreich. So wurde im Hin und Her der Neugestaltung der Traditionsstandort der Gerichtsmedizin in der Hannoverschen Straße aufgegeben und sofort, dem

Zeitgeschmack folgend, in Rechtsmedizin unbenannt. Ein neuer Standort wurde bezogen, der nun mit den Mitteln der Zeit um sein Bekannwerden ringt. Geserick wurde 1991 Mitglied der Personal-Struktur-Kommission, evaluierte das Institut zusammen mit anderen Ordinarien, er war von 1991 bis 1994 Prodekan für Forschung und in dieser Zeit auch stellv. Vorsitzender der Struktur- und Berufungskommission. Er war führend dabei, als alle theoretischen Institute der Charité evaluiert wurden und wurde 1993 als C4-Professor neu berufen. Zwischen 1991 und 1998 war er Mitglied des Fakultätsrates und von 1991 bis zu seinem Berufsende Vorsitzender der Habilitationskommission. Was hier so geordnet klingt, war eigentlich nach der „Wende“ ein Überlebenskampf. Die Umarmung von außen durch bestimmte westliche „Brüder“ hat der Fachmann auch als Erstickungsversuche gesehen.

Gunther Gesericks wissenschaftliche Arbeit hatte viele Themen, die er immer gediegen gestaltete. So war er immer klassisch gerichtsmmedizinisch „unterwegs“ und bestimmte mit seinen Publikationen die Ausrichtung des Faches, die Lehrmeinung, mit. Er hielt über 200 Vorträge im In- und Ausland (das hier einmal genannt werden soll: Italien, Japan, Österreich, Polen, Syrien, Tschechien, Ungarn und USA – und zwar auch zu Zeiten der DDR!), hielt Vorlesungen, arbeitete forensisch-traumatologisch (das Geserick-Zeichen fand Eingang in „den Pschyrembel“ – 267. Auflage), auch Massenkatastrophen, vitale Zeichen und Strangulation sind zu erwähnen; zuletzt betrieb er wissenschaftlich und praktisch „Altersdiagnostik“, ein besonderes Erfordernis unserer Zeit, dem Zeitalter der Immigration und der Migration.

Geserick war als namhafter, gediegener, sachkundiger Gerichtsmediziner

bekannt. Sein Sachverstand war gefragt, seine Gutachten, Vorträge, Vorlesungen, Publikationen waren klar und von bleibender Aussage. Geserick hat Praxis und Wissenschaft gleichermaßen und gleichwertig im Auge gehabt. Er hat die Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik, deren Vorsitzender er 15 Jahre lang war, gegründet und schließlich medizinhistorisch und publizistisch gearbeitet (u.a. in „Das Universitätsinstitut für Rechtsmedizin der Charité 1833-2008“; Schmidt Römhild, Lübeck 2008; bzw. in Madea B.: Rechtsmedizin im Wandel, Lehmanns Media, Berlin 2017).

Wissenschaftliche Ehrungen und Auszeichnungen blieben nicht aus, so u.a. die Kockel-Medaille 1982 und den Virchow-Preis im selben Jahr, um nur zwei der älteren zu nennen. Natürlich wurde er Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.

Viele Tausend Studenten der Medizin, Zahnmedizin, Rechtswissenschaft und Kriminalistik gratulieren dem Jubilar zu seinem Ehrentag und werden sich erinnern. Gunther Geserick ist Mensch geblieben, wie eingangs gesagt!

Prof. Dr. med. Eberhard Lignitz, früher Berlin, Essen und Greifswald

ANZEIGE

Vom Heilen und Lindern

Das Thema Haft und Verfolgung hat „mich nie verlassen“, schreibt Karl-Heinz Bomberg im Vorwort seines aktuellen Buches. Die Veröffentlichung „Verborgene Wunden“ über die Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe gemeinsam mit Dr. Stefan Trobisch-Lütge, Psychologischer Psychotherapeut, Psychoanalytiker und Traumatherapeut herausgegeben, liegt erst wenige Jahre zurück (2015). 30 Jahre nach dem Mauerfall streiten ehemals politisch Verfolgte noch immer um einen angemessenen Umgang mit den Folgeschäden. Zahlreiche Opferverbände üben Kritik an zu geringen Rentenzahlungen, Defiziten in den Anerkennungsverfahren von haft- und verfolgungsbedingten Gesundheitsschäden und gesellschaftlichen Verharmlosungstendenzen. Expertinnen und Experten nehmen in „Verborgene Wunden“ eine umfassende Einordnung der Spätfolgen politischer Traumatisierungen in der DDR vor und schildern Probleme in der aktuellen Begutachtungspraxis psychischer Traumafolgestörungen sowie die Besonderheiten der Behandlung im Bereich psychoanalytischer Therapie, Verhaltenstherapie und alternativer Traumatherapiemethodik.

Nun macht Bomberg in „Heilende Wunden“ mit 15 Fallgeschichten verborgene Wunden sichtbar, indem er Betroffene selbst zu Wort kommen lässt und gibt verschiedenen Bewältigungsformen politischer Traumatisierung in der DDR wie z. B. psychoanalytischer Therapie, sozialen Netzwerken, Reisen und künstlerischem Schaffen Raum. Damit ist das vorliegende Buch ein Band über die Konzepte und Behandlungen von oft sehr komplexen und tief verwurzelten Folgen dieser Form von Realtraumatisierung und ein Text über sich selbst, merkt Harald J. Freyberger, Professor für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Greifswald im Geleitwort an.

Bomberg weiß, wovon er spricht. Er ist nicht nur Experte für Langzeitfolgen politischer Traumatisierung und Repression in der DDR. Er ist selbst betroffen: Bomberg saß 1984 in Stasi-Untersuchungshaft. „Die Inhaftierung und plötzliche Schutzlosigkeit waren ein Schock für mich“, schilderte Bomberg in einem taz-Artikel¹, sich an das Stasi-Untersuchungsgefängnis Kissingenstraße in Berlin

Pankow erinnernd, als er im Verhörzimmer schlagartig begreifen musste, dass er ein politischer Gefangener der DDR war. Heute behandelt der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Anästhesie und Intensivmedizin Stasi-Opfer psychoanalytisch in seiner Praxis in Berlin Prenzlauer Berg.

Die Berichte und Bilder der Betroffenen in „Heilende Wunden“ hat Bomberg mit theoretischen Erläuterungen versehen, sodass sie in einen wissenschaftlichen und künstlerischen Kontext gestellt werden. Es liest sich schmerzlich, wie schwer der oft jahrelange Prozess ist, die Wunden wirklich heilen zu lassen. Bomberg gibt zu bedenken: „Die Heilung, von der im Titel des vorliegenden Buches gesprochen wird, ist freilich ein großer Begriff – vielleicht sollte man besser von Linderung sprechen. Schließlich heißt es im tradierten Ärztegelöbnis: ‚Heilen selten, lindern manchmal, trösten immer‘. Damit erfolgt zweifellos eine wichtige Relativierung. Ich habe den umfassenden Titel dennoch gewählt, weil die Heilung als großes Ziel stets gegenwärtig bleibt und bleiben muss.“

Neben dem beschriebenen Leid und dem erfahrenen Unrecht findet sich immer auch die Suche nach Hoffnung. Sie



Karl-Heinz Bomberg (re.) übergibt Kammerpräsident Günther Jonitz sein Buch „Heilende Wunden“.

taucht auf in Sätzen wie diesem, in der Fallgeschichte 6.2.: Herr Kuhn, der 1977 noch im Gefängnis beschloss, das erlebte Trauma in Bildern und Zeichnungen sofort festzuhalten, wenn er wieder in Freiheit sein würde: „Meine Bilder sollen nicht klagen, sondern mahnen und sind in ihrer Konsequenz ermutigend, weil sich mein nichtgebrochener Wille in der DDR-Haft und meine Sehnsucht nach Freiheit als stärker erwies. Es soll auch kein von Mitleid erfüllendes Selbsterfahrungsdocument sein, sondern ein Plädoyer für eine freiheitliche Selbstbestimmung jedes Menschen.“

Ulrike Hempel

Karl-Heinz Bomberg

Heilende Wunden

Wege der Aufarbeitung politischer Traumatisierung in der DDR
 Buchreihe: Forum Psychosozial
 Verlag: Psychosozial-Verlag
 245 Seiten, Broschur, 148 x 210 mm
 Erschienen im Februar 2018
 ISBN-13: 978-3-8379-2775-7,
 Bestell-Nr.: 2775
 Mit einem Geleitwort von Harald J. Freyberger
 Euro 24,90
<https://www.psychosozial-verlag.de/2775>

¹ Ulrike Hempel: Gefühle von Ohnmacht, taz 11.08.2010, <http://www.taz.de/!5137505/>

BERLINER  ÄRZTE

8/2018 55. JAHRGANG

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin,
Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Herausgeber: Ärztekammer Berlin
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-0
E-Mail: presse@aekb.de

Redaktion: Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Ricarda Tümann (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
PD Dr. med. Dietrich Banzer
Dr. med. Regine Held
Michael Janßen
Univ. Prof. Dr. med. Harald Mau
Dorothea Spring
Dr. med. Roland Urban
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung Sehstern

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

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

Verlag: Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin, Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680, www.quintessenz.de
Geschäftsführung: Dr. h. c. H.-W. Haase /
Dr. A. Ammann / C. W. Haase

**Anzeigen- und Ab-
verwaltung Leipzig:** Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig,
leipzig@quintessenz.de
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Telefax: 0341 710039-99
boelsdorff@quintessenz.de

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH & Co. KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Es gilt die Anzeigenpreisliste 2018, gültig ab 01.01.2018.

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 89,00 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 60,00 inkl. Versandkosten, im Ausland € 89,00 (zzgl. Versandkosten). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 6,50 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

ISSN: 0939-5784

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2018