

# EVA aus Sicht von Weiterbildern



Foto: privat

**Professor Dr. med. Claudia Spies**  
*leitet die Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité. Sie schreibt dieses Editorial zusammen mit drei Kolleginnen und Kollegen.*

**M**it der ersten Runde der Evaluation der Weiterbildung in Deutschland liegen erstmals vergleichbare Daten zum Thema vor. Dies ermöglicht eine Diskussion über die Qualität der Weiterbildung. Die Evaluation ist aufgrund geringer Beteiligung von 2/3 der Weiterbildungsstätten und 1/3 der Ärzte in Weiterbildung sicherlich nur eingeschränkt repräsentativ. Hier ist die Pflicht zur Evaluation eine gute Lösung. Nur so können die Maßnahmen zur Verbesserung der Weiterbildung in ihrer Effektivität beurteilt werden. Dies schmälert aber nicht den enormen Erfolg dieser ersten Datenerhebung und die erhobenen Daten sollten ernst genommen werden. Unsere Klinik hat die Ergebnisse bereits im Rahmen einer Klinikversammlung diskutiert und es sind erhebliche Anstrengungen beschlossen, die zu einer Verbesserung der Weiterbildungssituation führen sollen.

Sehr gute Erfahrungen bestehen bei uns bereits mit den obligatorischen Weiterbildungsgesprächen. Diese haben sich als effizientes Kommunikationsinstrument zwischen der Klinikleitung und den Weiterbildungsassistenten bewährt. Ab sofort werden in diesem Rahmen auch individuelle schriftliche Zielvereinbarungen gemacht werden. Zu unserem festen Konzept gehören bereits Rotationen in OP's der verschiedenen Fachbereiche und den Intensivstationen.

Um dem drohenden Mangel an geeigneten Ärzten in Weiterbildung zu begegnen, werden wir auch in Deutschland über die Ziele der Weiterbildung diskutieren müssen. International werden moderne Weiterbildungscurricula kompetenzba-

siert erstellt. Vorbild ist das kanadische CanMeds-Modell, das in zahlreichen Ländern (Schweiz, Dänemark, Niederlande) als Curriculumsgrundlage dient. Es fordert neben dem Handeln als medizinischer Experte auch den Kompetenzerwerb in den Bereichen Kommunikation mit Patienten/Angehörigen, Teamarbeit, professionellem Verhalten, Management, lebenslangem Lernen und Gesundheitsfürsorge. Unsere Klinik hat bereits 2005 ein kompetenzbasiertes Curriculum erstellt. Um die Entwicklung der Weiterbildungsassistenten für die verschiedenen Kompetenzen zu dokumentieren, wird neben dem empfohlenen Logbuch der DGAI auch ein Portfolio geführt. Im Portfolio werden sowohl alle Weiterbildungsaktivitäten innerhalb und außerhalb der Klinik dokumentiert als auch Tätigkeiten in Forschung und Lehre. Über das Portfolio können Ärzte in Weiterbildung ihre Entwicklung und ihr Engagement transparent darstellen und Lücken im Weiterbildungsgespräch thematisiert werden.

Für eine Veränderung werden wir als Weiterbilder neben der Klinikleitung und den Bereichsoberärzten verstärkt Fachärzte motivieren, sich an der Weiterbildung noch stärker zu beteiligen als bisher. Kernstück wird ein verbindliches Tutorensystem bilden, in der ein Arzt in Weiterbildung einem Fach- bzw. Oberarzt zugeordnet wird. Dieses Team wird in re-

gelmäßigen Abständen einen aktuellen Fall aufarbeiten. Außerdem gibt es ein Mentorensystem zur Beratung in Forschungs- und Karrierefragen.

Weiterbildung benötigt in gewissem Umfang personelle Ressourcen, Kliniken arbeiten aber unter immer stärker werdendem Produktivitätsdruck. Mit den modernen Arbeitszeitgesetzen und den dadurch resultierenden Arbeitszeitverschiebungen wird die Planung der Weiterbildung zusätzlich erschwert. Obwohl die bisherige Form der Weiterbildung in den DRG's abgebildet ist, ist zumindest zu diskutieren, ob verbindliche Tutorsysteme und Weiterbildung in besonders spezialisierten Bereichen zum Kompetenzerwerb einer Gegenfinanzierung bedürfen.

Die zunehmenden Anforderungen an die Weiterbildung und deren Verbesserung sind auch von großen Einrichtungen nur mit erheblichem Aufwand möglich. Abhilfe könnten Weiterbildungsverbände verschiedener Kliniken einer Region schaffen, wenn sie sich die Ausrichtung der notwendigen Fortbildungsveranstaltungen teilen und feste Rotationen ermöglichen.

Ihre

Prof. Dr. med. Claudia Spies  
Prof. Dr. med. Christian v. Heymann  
PD Dr. med. Michael Sander  
Dr. med. Heiderose Ortwein



Foto: Stiebitz

MEINUNG . . . . .

**EVA aus Sicht von Weiterbildern**  
 Von Claudia Spies, Christian v. Heymann, Michael Sander, Heiderose Ortwein.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK . . . . .

**Ein Abschiedsvortrag**  
 Gedanken eines Arztes, der die DRK Kliniken Berlin verlassen musste.  
 Von Moritz Peill-Meininghaus.....25

**Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie!**  
 Von Rosemarie Stein.....28

**Neues Fehlerberichtssystem am Start (KH-CIRS)**  
 Von Sascha Rudat.....31

FORTBILDUNG . . . . .

**Sicherer verordnen**.....10

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

PERSONALIEN . . . . .

**Harald Dutz zum Gedenken**.....32

FEUILLETON . . . . .

**Muss Hygieia Trauer tragen?**  
 Von Rosemarie Stein ..... 35

TITELTHEMA . . . . .

**Kammertag 2010**

**325 Jahre Medizinaledikt des Großen Kurfürsten – Ärztekammer im Dienste der Allgemeinheit**.....14

**Das Medizinaledikt von 1685**

Die Anfänge ärztlicher Standesvertretung zwischen korporativer Autonomie und staatlicher Behörde  
 Von Volker Hess.....16

**Ärztekammer Berlin – Zeitlos aktuell im Dienste der Allgemeinheit**

Von Günther Jonitz.....20

**Georg-Klemperer-Preisträgerin 2010**

Laudatio auf PD Dr. med. Maria Birnbaum.....23

**Georg-Klemperer-Preisträger 2010**

Laudatio auf Professor Dr. med. Dr. h.c. Reinhard Kurth.....24

## Chefarztwechsel und neue Strukturen

Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:



### Evangelische Elisabeth Klinik

Vom 1. Juli 2010 an bietet die Evangelische Elisabeth Klinik in Berlin-Mitte einen neuen Schwerpunkt in der Chirurgie an. Prof. Dr. med. Markus Küntscher leitet die neue Abteilung für Plastische und Handchirurgie. Zuvor war Küntscher als Oberarzt und stellvertretender Chefarzt am Zentrum für Schwerbrandverletzte mit Plastischer Chirurgie des Unfallkrankenhauses Berlin tätig. Seine Schwerpunkte sind die Plastisch-rekonstruktive Chirurgie, Handchirurgie, Verbrennungsbehandlungen und plastisch-ästhetische Chirurgie.

### Krankenhaus Bethel Berlin

Dr. Sven Schöpe wurde zum 1. Juli neuer Chefarzt der Abteilung für Geriatrie sowie der geriatrischen Tagesklinik im Krankenhaus Bethel Berlin. Dr. Schöpe, zuletzt leitender Oberarzt der Geriatrie des Krankenhauses Bethel Berlin, trat die Nachfolge von Priv.-Doz. Dr. Norbert Bethge an, der weiterhin Chefarzt der Abteilung Innere Medizin und medizinischer Geschäftsführer des Krankenhauses Bethel bleibt.

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

### Suchthilfe

## Ärzte gesucht

Fixpunkt e. V., ein gemeinnütziger Verein zur Gesundheitsförderung von i. v. Drogengebraucherinnen und -gebraucher, sucht ambitionierte Ärztinnen und Ärzte für die basismedinische Versorgung auf Honorarbasis. Erfahrungen in der „Kleinen Chirurgie“ erwünscht.

Weitere Informationen: [www.fixpunkt.org](http://www.fixpunkt.org)

Kontakt: Tel. 030/ 6932260, E-Mail: [k.dettmer@fixpunkt.org](mailto:k.dettmer@fixpunkt.org)

ANZEIGE

### Kongress

## Quo vadis Allgemeinmedizin?

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) vom 23. bis 25. September in Dresden beschäftigt sich mit der drängenden Problematik der adäquaten Primärversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Eine alternde Bevölkerung mit chronisch Kranken und multimorbiden Patienten steht begrenzten finanziellen Ressourcen und sinkenden Hausarztzahlen gegenüber.

Einzelheiten zur Anmeldung und zum Programm sind auf der Kongress-Homepage [www.degam2010.de](http://www.degam2010.de) zu finden.



### Rezension

## Auch informierte Patienten schätzen ärztliche Autorität

Jutta Begenau, Cornelius Schubert, Werner Vogd (Hrsg.), *Die Arzt-Patienten-Beziehung*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2010, 162 Seiten, 29,80 Euro.

Der Titel scheint kaum Neues zu versprechen, aber diese unscheinbare Broschüre hat's in sich. Das Buch regt beispielsweise zum Reflektieren über den Wandel vom paternalistischen zum partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Patient an. Es vermittelt die Erkenntnis: Die meisten Ärzte schätzen gut informierte Patienten, und die wiederum schätzen Ärzte, die sie zwar ernst nehmen und den Behandlungsplan mit ihnen besprechen, aber sie verlassen sich dann doch gern auf die ärztliche Kompetenz, Erfahrung und Autorität. Und das betrifft selbst Ärzte als Patienten.

Wichtige Facetten des komplexen Themas werden hier aus der Sicht verschiedener Sozial-

wissenschaftler, die viele Ärzte und Patienten befragten, ganz neu beleuchtet; etwa die Besonderheiten von Fächern wie Gynäkologie, wo Jutta Begenau als Leitthema den „Schutz von Intimität im Kontext ihrer unausweichlichen Beschädigung“ ausmacht. Oder Psychiatrie, wo die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung ganz besonders deutlich wird. „Shared decision making“ stößt in psychotischen Phasen rasch an Grenzen, und das Gelingen der Therapie setzt, wie auch sonst bei chronisch Kranken, eine stabile Beziehung voraus.

Auch der Umgang mit Totkranken und Sterbenden wird thematisiert, und der letzte Beitrag – lebensnah wie die anderen dank der Fallbeispiele – zeigt, wie die klassische Arzt-Patienten-Beziehung heute durch Bürokratie und Ökonomie deformiert wird. – Lesenswert!

R. St.

## Gripeschutzimpfung

### Apotheken bieten Impf-

Mit dem Projekt „Impf-Check in der Apotheke“ will die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), unterstützt von den Firmen GlaxoSmithKline, Novartis Behring und Sanofi Pasteur MSD, einen Beitrag für eine größere Bereitschaft zur Gripeschutzimpfung leisten.

Die Aktion soll am 1. September 2010 in Berliner und Brandenburger Apotheken starten.

Der „Impf-Check“ umfasst den Angaben zufolge ein Beratungsgespräch, in dem Apotheker/in oder PTA die Patienten und Apothekenkunden über die Wichtigkeit einer Gripeschutzimpfung informieren und besonders gefährdeten Personen raten, umgehend einen Impftermin mit dem Arzt zu vereinbaren. Als Leitfaden für



### Check an

das Beratungsgespräch dient ein Informationsblatt (Impf-Empfehlung), das der Patient als Gedächtnisstütze sowie – möglichst mit dem Apothekenstempel versehen – zur Vorlage beim Arzt ausgehändigt bekommt.

Jedes Jahr sterben nach ABDA-Angaben in Deutschland etwa 15.000 Menschen an einer Virusgrippe. Senioren und Menschen mit einer chronischen Erkrankung sind dabei besonders gefährdet. Die Durchimpfungsrate liegt in Deutschland mit nur knapp 60 Prozent bei der Hauptrisikogruppe Senioren deutlich hinter den von der WHO empfohlenen 75 Prozent.

## Chirurgie

### Bruch neuer BDC-Präsident

Professor Dr. med. Hans-Peter Bruch ist neuer Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC). Er wurde am 23. April 2010 auf der BDC-Mitgliederversammlung in Berlin zum Präsidenten gewählt und startet die Arbeiten für den BDC am 1. Juli 2010. Bruch wird sich, wie sein Vorgänger Professor Dr. Michael-J. Polonius, um die Kernaufgaben des BDC kümmern: die berufspolitische Vertretung, Beratung und Unterstützung der Mitglieder sowie Weiter- und Fortbildung für Chirurgen. Dabei wird sich der BDC laut Bruch „stärker als bislang für das familienverträgliche berufliche Umfeld der Chirurgeninnen und Chirurgen einsetzen müssen“.

Leserbriefe

**Artikel „Amoklauf“  
in BERLINER ÄRZTE 6/2010**

Prof. Haring diskutiert in seinem Beitrag eine Reihe differenzialdiagnostischer Überlegungen, die zu Amokhandlungen bzw. erweiterten Suiziden führen können. Ergänzend ist auf die differenzialdiagnostische Möglichkeit von Verbitterungsreaktionen hinzuweisen. Verbitterungsreaktionen treten nach Ungerechtigkeiten, Kränkungs- und Herabwürdigungs- und Hilflosigkeitssituationen auf, ohne dass eine prämorbid Persönlichkeitsstörung vorliegen müsste und können bei stärkerer Intensität zu einem beeindruckenden psychischen Störungsbild führen mit andauernder Stimmungsbeeinträchtigung, Antriebsreduktion, somatoformen Beschwerden und sozialem Rückzug (sog. Posttraumatische Verbitterungsstörung<sup>1</sup>, ICD-10 F 43.8).

Im vorliegenden Kontext ist von Bedeutung, dass diese Patienten regelhaft unter Intrusionen leiden mit teilweise sehr detaillierten Vorstellungen von Suizid und Aggressionen (Mordphantasien, Amokphantasien, Brandstiftungsphantasien usw.) gegen Verursacher oder „die Welt“. Die Konsequenz für Ärzte ist, dass gezielt nach Verbitterungs- und Kränkungsreaktionen und damit assoziierten Aggressionsphantasien gefragt werden sollte. Derartige Störungen sieht man im Praxisalltag durchaus häufiger und in der Presse findet man auch regelmäßig Berichte über daraus entstandene Fehlhandlungen. Solche Zustände erfordern spezielle therapeutische Interventionen<sup>2</sup>.

Prof. D. M. Linden, 14513 Berlin

<sup>1</sup>Linden et al: The Post-Traumatic Embitterment (PTED). Hogrefe & Huber, Bern 2007  
<sup>2</sup>Baumann K, Linden M.: Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapien. Pabst, Lengerich, 2008

**Titelbilder in  
BERLINER ÄRZTE**

... ich muss Ihnen ein ganz großes Lob über die Gestaltung des Titelblattes der Berliner Ärztekammerzeitung machen, die sich erfreulich von der verstaubten Aufmachung des Deutschen Ärzteblattes (Stil der 50er Jahre) abhebt. Ein Titelbild wie im November 2009 zum Stand der Studienreform an der Charité hat in einem eindrucksvollen Bild alles auf den Punkt gebracht: Losgesprungen als Tiger, gelandet als Bettvorleger.

Diese Bildsprache in klaren Formen und starker – fast japanischer – Reduzierung bleibt für einen optischen Menschen im Gedächtnis: Zum Beispiel die Gestaltung vom Septemberheft 2009 zu den gesundheitspolitischen Programmen der Parteien mit einem Glas Wasser und sechs Kapseln in den Farben der Parteien. Noch stärker war mir die beeindruckende Farbwahl und die sehr ästheti-

sche, künstlerische Reduzierung auf dem Titelblatt von Januar 2010 ins Auge gesprungen, mit dem unter die Tür geschobenen Brief zum Thema „schwierige Kommunikationssituationen im ärztlichen Alltag“.

Eine solche Aufmachung lässt einen die Zeitschrift der Berliner Ärztekammer gern in die Hand nehmen und macht einen neugierig. Bitte geben Sie das Kompliment an das Layout-Team weiter, weil wir doch wissen, wie wir uns selbst in unserem beruflichen Alltag über jedes ernst gemeinte Kompliment erfreuen.

Dr. Joachim Höfner, Berlin

Anlässlich des 275. Titels von BERLINER ÄRZTE plant die Ärztekammer Berlin 2011 eine Ausstellung, auf der eine Auswahl der besten Titelbilder gezeigt werden soll.

(Die Red.)

ANZEIGEN



## Bundesärztekammer stellt Behandlungsfehlerstatistik vor

„Ohne Wenn und Aber“ haben Patienten das Recht auf eine Überprüfung, wenn sie sich falsch behandelt fühlen. Das betonte der Vorsitzende der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, Dr. med. Andreas

zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern eingereicht, davon wurden 7.424 Fälle bearbeitet. In 2.184 Fällen lag den Gutachtern zufolge ein Behandlungsfehler oder Risikoauflärungsmangel vor. Davon wurde in 1.771 Fällen ein Behandlungsfehler als Ursache für einen

Wie Crusius und der Vorsitzende der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern, Professor Dr. med. Walter Schaffartzik, betonten, werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Teil der Diskussion um Patientenrechte. Der Patient habe das Recht, seine Behandlung überprüfen zu lassen. „Die Ärzteschaft redet also nicht nur über Patientenrechte, sondern ermöglicht es jedem Patienten, sein Recht einzufordern.“ Man leiste einen „guten Beitrag zur Prophylaxe“, sagte Rechtsanwalt Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern. Crusius erläuterte, dass man dabei sei, Verfahrensregeln aufzustellen, um die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen in Deutschland weiter zu vereinheitlichen. *srd*

# Patientensicherheit | F

Crusius (Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern), anlässlich der Vorstellung der Behandlungsfehler-Statistik 2009 Ende Juni in Berlin. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 10.972 Anträge (2008: 10.967)

Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorfürfen führten, waren wie in den Vorjahren Hüft- und Kniegelenksarthrosen sowie Unterarm-, Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen.

zu 90 Prozent von beiden Parteien akzeptiert. Wird dennoch zusätzlich der Rechtsweg beschritten, werden die Gutachten überwiegend bestätigt.

Wie Crusius weiter hervorhob, sind die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen auch ein

## Teil 2

## Französische Einschätzung zu Arzneistoffen

Nachdem in der letzten Folge nur vier kritische französische Empfehlungen zu neueren Arzneistoffen nachgedruckt werden konnten wurde auf Grund von Anfragen von Kollegen nachfolgend eine weitere Auswahl von „zu vermeidenden“ Verordnungen, nach Auffassung der unabhängigen medizinischen Zeitschrift, verfasst. Sie sind etwas zugespitzt, widersprechen den Aussagen von Werbebrochüren und sollen Sie zum Nachdenken anregen.

**Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus der Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.**  
 Tel.: 0211/4302-1560,  
 Fax: 0211/4302-1588,  
 E-Mail: dr. hopf@aekno.de  
 Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein,  
 Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

| Arzneistoff           | Handelsname                  | Indikation                                | Begründung  | Empfehlung   |
|-----------------------|------------------------------|---|---|--|
| Aripiprazol           | Abilify                      | Schizophrenie, akute Agitiertheit         | UAW   | Haloperidol, akut auch Benzodiazepine  |
| Certolizumab          | Cimzia                       | Morbus Crohn                              | Begrenzte Wirksamkeit, UAW  | Wenn ein TNF- $\alpha$ -Antagonist indiziert, dann Infliximab oder Adalimumab                            |
| Dapoxetin             | Priligy                      | Vorzeitige Ejakulation                    | UAW   | Nicht-medikamentöse Maßnahmen  |
| Doripenem             | Doribax                      | Schwere Infektionen                       | Applikationsnachteile (Herstellung, mehrmals tägliche Gabe)                 | Andere Carbapeneme   |
| Duloxetin             | Ariclaim, Cymbalta, Yentreve | u.a. Angststörungen                       | in allen Indikationen schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis, UAW              | offen  |
| Eisen-Dextran-Komplex | CosmoFer                     | Eisenmangel                               | Anaphylaxie   | Primär orale Gabe, evtl. Fe-Saccharose-Komplex oder leichte Anämie akzeptieren                           |
| Etoricoxib            | Arcoxia                      | In der Rheumatologie                      | UAW   | Nicht-steroidale Antiphlogistika „kein Schmerzzustand rechtfertigt die Anwendung eines COX 2-Inhibitors“ |
| Gefitinib             | Iressa                       | Nicht-kleinzelliges Lungen-Ca             | Keine primäre Anwendung wegen UAW   | Bei sekundärer Anwendung nicht so effektiv wie Docetaxel   |
| Lamotrigin            | Viele Generika               | Absencen mit Krampfanfällen               | UAW (besonders bei Kindern)   | Valproinsäure  |
| Mycfungin             | Mycamine                     | Candidainfektionen                        | Mögliche schwere Hepatotoxizität  | Andere iv.- Antimykotika   |
| Prasugrel             | Efient                       | Nach Stent-Implantation                   | Weniger Myokard-infarkte, aber mehr Blutungen, evtl. Krebsgefahr $\uparrow$ | Kombination ASS/Clopidogrel  |
| Ranolazin             | Ranexa                       | Stabile Angina pectoris                   | QT-Intervall $\uparrow$   | Verordnung vermeiden   |
| Risperidon            | Viele Generika               | Aggression bei Demenz                     | Keine stärkere Wirkung, UAW   | Haloperidol  |
| Rosuvastatin          | Crestor                      | Primärprävention bei moderatem KHK-Risiko | Unklare Nutzen-Risiko-Relation  | Pravastatin oder Simvastatin, wenn wirklich indiziert  |
| Tacrolimus, topisch   | Protopic                     | Atopisches Ekzem                          | Hautirritationen und -infektionen   | Hautpflege und zurückhaltender Einsatz von Kortison  |
| Telithromycin         | Ketek                        | Infektionen                               | Schlechtes Nutzen-Risiko-Verhältnis (Sehstörungen)                          | Spiramycin   |
| Tocilizumab           | RoActemra                    | Therapieresistente rheumatoide Arthritis  | Schwere UAW   | Rituximab  |
| Ulipristal            | Ellaone                      | Postkoitale Kontrazeption                 | Nicht wirksamer als Levonorgestrel  | Wegen größerer Erfahrung Levonorgestrel anwenden, Beratung   |
| Ustekinumab           | Stelara                      | Plaque-Psoriasis                          | Karzinogenität, UAW schlecht dokumentiert                                   | Nach Methotrexat oder Ciclosporin eventuell einen TNF- $\alpha$ -Antagonist                              |
| Zoledronsäure         | Aclasta, Zometa              | Osteoporose bei Männern                   | UAW, klinischer Erfolg unklar   | Nicht-medikamentöse Maßnahmen  |

Quelle: Prescrire internat. 2010; 19 (106): 76-80 und 86

Palliativmedizin

## SAPV wird in Berlin flächendeckend eingeführt



Foto: Long

Care-Ärzten können nun weitere Palliativärzte ihre Teilnahme am SAPV-Vertrag gegenüber der KV Berlin erklären, sofern sie die Qualifikationen erfüllen. Dazu gehören laut KV Berlin unter anderem: ein Eintrag ins Arztregister, eine Weiterbildung in Palliativmedizin und der Nachweis von mindestens 75 selbstständig ambulant versorgten Palliativpatienten in den vergangenen drei Jahren. Der Arzt als Vertragspartner im SAPV-Vertrag hat aber noch weitere Aufgaben wie etwa eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, die regelmäßige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen und grundsätzlich alle sechs Monate die Teilnahme an multidisziplinären Qualitätszirkeln.

Berlin hat als erstes Bundesland die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) flächendeckend eingeführt. Die KV Berlin, die Berliner Krankenkassen und der „Home Care Berlin e.V.“ schlossen dazu Ende Juni einen entsprechenden Vertrag. Aufbauend auf den in Berlin bereits bestehenden Palliativ-Versorgungsstrukturen wollen die Vertragspartner die ambulante Versorgung zum Wohle der betroffenen Patienten spürbar verbessern. Die Leistungen werden nach § 37 b und § 132 d SGB V vergütet.

Gesundheitssenatorin Katrin Lompscher (Linke) begrüßte den Vertrag, für den sie sich eingesetzt habe. „Nun ist es Berlin gelungen, einen solchen Vertrag abzuschließen. Berlin ist damit bundesweit Vorreiter“, sagte Lompscher. SAPV sichert die Versorgung von Menschen im häuslichen Umfeld, die an nicht heilba-

ren, zum Tode führenden Erkrankungen im Endstadium leiden. Speziell ausgebildete Ärzte leiten und koordinieren die Versorgung der Patienten, um ihnen eine schmerzlin- dernde und menschenwürdige letzte Lebensphase zu Hause zu ermöglichen. Sie kümmern sich um die Versorgung und beziehen die Beteiligten wie spezialisierte Pflegedienste, Angehörige, andere Ärzte, Hospiz oder Seelsorge mit ein. Auf der Grundlage bundesweiter Schätzungen zur Palliativversorgung werden in Berlin pro Jahr für etwa 3000 todkranke Patienten etwa 40 Palliativärzte benötigt.

Die Home-Care-Ärzte, die derzeit eine Genehmigung zur Versorgung schwerstkranker Menschen haben, behalten den Angaben zufolge ihre Sondergenehmigung und betreuen diese weiterhin. Neben den bisherigen Home-

Seit 2007 haben schwerst- kranke Menschen einen Anspruch auf SAPV. Dafür wurden die gesetzlichen Krankenkassen vom Gesetz- geber verpflichtet, entspre- chende Versorgungsstruktu- ren aufzubauen, die ambu- lante Versorgung schwerst- kranker Menschen in der letz- ten Lebensphase in den Bun- desländern weiter zu ent- wickeln. Anders als in ande- ren Bundesländern haben die KV Berlin und die Berliner Krankenkassenverbände bereits langjährige Erfahrung bei der intensiven ärztlichen Versorgung krebskranker und HIV-kranker Menschen durch das Modellprojekt Home Care. So förderten die Berliner Krankenkassen bereits seit 1992 die Home-Care-Versor- gung sowohl inhaltlich als auch finanziell.

Lesen Sie dazu auch das Schwerpunktheft BERLINER ÄRZTE 05/2009

## Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen

### Zwischenprüfung

Die Ärztekammer Berlin führt die nächste Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am

**26. Oktober 2010**  
in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg), durch.

Teilnahmeverpflichtet sind alle Auszubildenden, die zu diesem Zeitpunkt die Hälfte ihrer Ausbildungszeit zurückgelegt haben.

Anmeldeschluss ist der **3. September 2010**. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den ausbildenden Ärzten Anfang / Mitte August übersandt.

### Abschlussprüfungen

Die Abschlussprüfungen im Winter 2010 / 2011 für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen finden an folgenden Tagen statt:

Schriftlicher Teil der Prüfung: **29. und 30. November 2010**, Ärz-

tekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Praktischer Teil der Prüfung: **10. Januar 2011 bis 28. Januar 2011**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Auszubildende werden gebeten, ihre Auszubildenden bis spätestens zum **3. September 2010** mit allen erforderlichen Unterlagen anzumelden: Anmeldeformular, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die Fehltageliste in der Berufsschule während der Ausbildungszeit oder die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Abschrift, Bescheinigung des ausbildenden Arztes über den Umfang der Fehltageliste in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbil-

dungs- und Tätigkeitsnachweise. Die erforderlichen Anmeldeformulare werden den auszubildenden Ärzten Ende Juli / Anfang August übersandt.

### Vorgezogene Abschlussprüfungen

Schriftlicher Teil der Prüfung: **29. und 30. November 2010**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Praktischer Teil der Prüfung: **10. Januar 2011 bis 28. Januar 2011**, Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin (Kreuzberg).

Die formlosen Anträge müssen mit den erforderlichen Unterlagen (Befürwortung oder Stellungnahme des Ausbilders, eine Bescheinigung über die Zwischenprüfung, wenn die Zwischenprüfung nicht bei der Ärztekammer Berlin abgelegt wurde, Befürwortung mit Gesamtnotendurchschnitt der Schule, eine Bescheinigung der berufsbildenden Schule über die

Fehltageliste in der Berufsschule während der Ausbildungszeit oder die Zeugnisse der zurückgelegten Berufsschulsemester in Abschrift und das Berichtsheft (schriftlicher Ausbildungsnachweis) oder eine schriftliche Bestätigung des Auszubildenden, dass das Berichtsheft (der Ausbildungsnachweis) geführt wurde, Bescheinigung des Arztes über den Umfang der Fehltageliste in der Praxis während der Ausbildungszeit, ggf. weitere Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweise) ebenfalls bis zum **3. September 2010** eingereicht werden.

### Erleichterungen im Prüfungsverfahren für behinderte Menschen

Behinderten Menschen sind auf Antrag die ihrer Behinderung angemessenen Erleichterungen im Prüfungsverfahren einzuräumen.

Bitte fügen Sie einen Antrag auf Prüfungserleichterung bei.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Rufnummer: **030 / 40 80 6 - 2626**.

### Qualitätssicherung

## Asiatische Delegation besucht Kammer

Eine Gruppe von Ärztinnen und Ärzten sowie Klinikmanagern aus China, Vietnam und Indonesien hat am 7. Juli die Ärztekammer Berlin besucht. Dabei wollten sie sich vor allem über die Bereiche Qualitätssicherung und ärztliche Selbstverwaltung informieren. Der Leiter der Abteilung Fortbildung, Dr. med. Henning Schaefer, gab den Besuchern einen umfassenden Überblick über diese Themen sowie über die Arbeit einer deutschen Ärztekammer im Allgemeinen.



Foto: Plotter

Neue Verordnung

## Ausnahmen für Ärzte

Die Dienstleistungs-Informationspflichten-Verordnung (DL-InfoV) ist am 17.05.2010 in Kraft getreten. Mit der Verordnung sollen die in der Dienstleistungsrichtlinie (2006/123/EG) enthaltenen Informationspflichten zentral und einheitlich für alle Dienstleistungserbringer umgesetzt werden. Die DL-InfoV legt dem Dienstleistungserbringer neben den bereits bestehenden Informationspflichten, wie z.B. dem Telemediengesetz, weitere Informationspflichten auf. Unter anderem sind Name, Anschrift und der Geltungsbereich der Berufshaftpflichtversicherung anzugeben.

Die DL-InfoV findet zwar auch auf die Angehörigen der freien Berufe, wie z.B. Rechtsanwälte, Anwendung, für Gesundheitsdienstleistungen sind jedoch Ausnahmen vorgesehen. Ärzte sind von der DL-InfoV dann nicht betroffen, wenn sie Leistungen unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ anbieten und die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, um deren Gesundheitszustand zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Die DL-InfoV findet auf Ärzte daher in der Regel keine Anwendung. Anders verhält es sich, wenn Leistungen zwar von einem Arzt angeboten werden, aber nicht dazu dienen den Gesundheitszustand eines Menschen zu beurteilen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Insbesondere dürfte hier der Bereich der „Schönheitsmedizin“ betroffen sein, da es sich um medizinisch nicht indizierte Eingriffe handelt. Hier sind Angaben nach der DL-InfoV erforderlich. Das Angebot von IGeL-Leistungen löst hingegen keine Angabepflicht nach der DL-InfoV aus, soweit die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Abteilung Berufs- und Satzungsrecht, Ärztekammer Berlin

Kurs

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

### Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)



Der 200 Stunden-Kurs Qualitätsmanagement nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2010 als Kompaktkurs innerhalb von drei 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

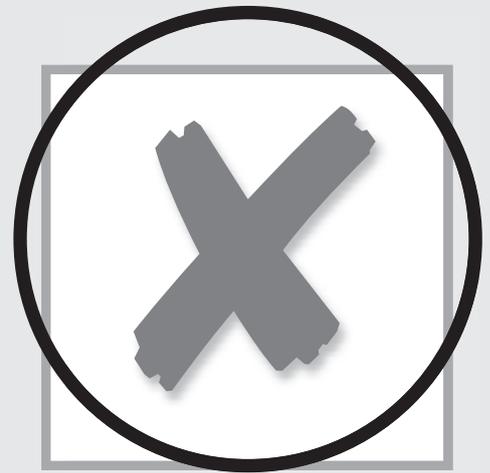
erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

**Termine:** Präsenzwoche 1: 06.09.2010 bis 11.09.2010 / Woche 2: 01.11.2010 bis 06.11.2010 / Woche 3: 13.12.2010 bis 18.12.2010 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 19 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

**Veranstaltungsort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

**Weitere Informationen:** Tel.: 40806-1207 (Organisation), Tel.: 40806-1400 (C. Markl-Vieto, Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2010@aekb.de

## KAMMERWAHL



# 2010

## Termin für Wahlvorschläge beachten!

Der Wahlausschuss hat im Heft 06/2010 sowie im Amtsblatt für Berlin vom 4. Juni 2010 zur Einreichung von Wahlvorschlägen aufgefordert.

Die Vorschläge müssen  
bis zum 13. August 2010, 18:00 Uhr

bei der Ärztekammer Berlin – Wahlausschuss – Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingegangen sein.

Bitte beachten Sie:

Wahlvorschläge, die nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist beim Wahlausschuss eingehen oder nicht den Inhalts- und Formbestimmungen der Wahlordnung entsprechen, können nicht zu der Wahl zugelassen werden (§ 17 Abs. 1 u. 2 WahlO).

Die für die Einreichung der Wahlvorschläge erforderlichen Vordrucke können Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin herunterladen.



## »325 Jahre Medizinaledik des Großen Kurfürsten – Ärztekammer im Dienste der Allgemeinheit«

Die ärztliche Selbstverwaltung mal „etwas anders betrachten“ wollte Kammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz mit dem diesjährigen Kammertag. Anlass bot das Medizinaledik des Großen Kurfürsten Friedrich Wilhelm, das am 12. November 1685 in Kraft trat. So galt es, beim Kammertag am 12. Juni, einen Bogen über 325 Jahre berlin-brandenburgische Medizingeschichte zu spannen und einen Blick darauf zu werfen, welche Bedeutung und Aufgaben die ärztliche Selbstverwaltung heute und in Zukunft hat.

Auch wenn das Medizinaledik und das so genannte „Collegium Medicum“ eher eine Keimzelle einer staatlichen Medizinalbehörde darstellen sollten als für die Schaffung der ärztlichen Selbstverwaltung verantwortlich zu sein, wie Medizinhistoriker Professor Volker Hess in seinem spannenden Vortrag erläuterte (den Sie auf S. 16 nachlesen können): Unbestritten ist, dass erstmals erkannte Probleme im Gesundheitswesen durch Ärzte gelöst werden sollten. Ein Prinzip, das sich bis heute bewährt hat: Nämlich, die Probleme dort zu lösen, wo sie entstehen, ohne selbst ein Teil des Problems zu sein, wie Kammerpräsident Jonitz in seinem Vortrag (gekürzt nachzulesen ab S. 20) darlegte.

Oder wie der FDP-Bundestagsabgeordnete Lars Lindemann in seiner Festrede erklärte: „Als fast revolutionär kann das Erkennen der Bedeutung eines geordneten Gesundheitswesens für das Wohl von Allgemeinheit und Staat durch den Großen Kurfürsten betrachtet werden.“ Friedrich Wilhelm sei ein mutiger Visionär gewesen, der sich den Herausforderungen einer sich verändernden Gesellschaft gestellt habe. Dies sei heute notwendiger denn je. Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen sei prinzipiell unbegrenzt, mahnte Lindemann, die Ressourcen in einer alternden Gesellschaft aber nicht. „Die Diskussion über Ressourcen darf aber nicht in das Arzt-Patienten-Ver-

hältnis fließen“, unterstrich er. Gleichwohl werde man offen über diese Ressourcen sprechen müssen.

Ganz ähnlich klang es beim brandenburgischen Gesundheitsstaatssekretär Dr. med. Daniel Rühmkorf (Linke), obwohl auf der anderen Seite des politischen Spektrums stehend: „Was ist uns gesundheitliche Versorgung wert?“, diese Frage werde man sich in Zukunft verstärkt stellen müssen. Dann könne man auch eine Priorisierung wie in Skandinavien diskutieren. „Dass das Gesundheitssystem mit einer älter werdenden Gesellschaft aber teurer werden wird, liegt auf der Hand.“ Rühmkorf hob die Bedeutung der ärztlichen Selbstverwaltung hervor, insbesondere der ehrenamtlich tätigen Mitarbeiter, die sich zahlreich zum Kammertag in der Friedrichstraße eingefunden hatten. „Ich finde es sehr wichtig, dass es ein ehrenamtliches Engagement gibt. Ein noch so guter Sozialstaat wäre nicht in der Lage, diese Arbeit zu leisten.“ Gleichwohl müsse es staatlichen Einfluss und Steuerung des Gesundheitswesens geben, das nicht ausschließlich dem freien Markt unterliegen dürfe.

Wie langjähriges und erfolgreiches ehrenamtliches Engagement aussehen kann, wurde durch die Internistin PD Dr. med. Maria Birnbaum deutlich, die im Rahmen des Kammertages mit dem Georg-Klemperer-Preis ausgezeichnet wurde. Leider konnte sie aus gesund-

heitlichen Gründen an diesem Tag den Preis nicht persönlich entgegennehmen. Vorstandsmitglied Professor Vittoria Braun würdigte Maria Birnbaums Verdienste (lesen Sie die Laudation auf Seite 23) in deren Abwesenheit. Ebenfalls mit dem Georg-Klemperer-Preis ausgezeichnet wurde Professor Dr. med. Dr. h.c. Reinhard Kurth, der langjährige Präsident des Robert Koch-Instituts, dessen erfolgreiche Arbeit für die Bevölkerung Kammerpräsident Jonitz in seiner Rede lobte (s. Laudation auf S. 24). Neben den inhaltlichen Teilen des Kammertages hatten die Gäste ausreichend Gelegenheit zum persönlichen Austausch im Bistro und auf der Terrasse der Ärztekammer. Zum Gelingen trug nicht unwesentlich der musikalische Rahmen durch vier reizende Musikerinnen der Hanns Eisler-Hochschule für Musik bei, die die Gäste optisch und musikalisch in die Zeit des Großen Kurfürsten mitnahmen. Dass neben dem Genuss der Hochkultur auch ausgiebig und herzlich gelacht werden durfte, war der Verdienst von Klaus Zeim und Vera Müller vom Kabarett Kneifzange, die Teile ihres Programms „Unheilbar gesund“ zum Besten gaben. Mit dieser unterhaltsamen und informativen Mischung bot der Kammertag 2010 seinen Gästen einen abwechslungsreichen Samstagnachmittag, der vielen noch lange im Gedächtnis bleiben wird.

srd



*Festliche Klänge: Lea Rahel Bader, Marianna Henriksson, Laure Mourot und Raphaëlle Pacault führten ins 17. Jahrhundert.*



*Kammerpräsident Günther Jonitz (re.) diskutierte mit dem FDP-Abgeordneten Lars Lindemann die aktuelle Gesundheitspolitik.*

Fotos: Stiebitz

## Verleihung der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille

# Das Medizinaledikt von 1685

Die Anfänge ärztlicher Standesvertretung zwischen korporativer Autonomie und staatlicher Behörde

Von Volker Hess



Als der junge

Kurfürst Friedrich

Wilhelm 1643 erstmals Berlin besuchte, fand er „seine Residenz“ in einem desolaten Zustand vor. Brandenburg zählte zu den Gebieten, die am meisten unter dem 30-jährigen Krieg gelitten hatten. Viele Ortschaften waren dem Boden gleichgemacht, den Kriegszügen folgten Seuchen – und man geht davon aus, dass die Bevölkerung der Mark auf fast die Hälfte dezimiert wurde. Das galt auch für die Doppelstadt an der Spree. Hatte Cölln-Berlin zu Beginn des 17. Jahrhunderts noch rund 10.000 Einwohner gehabt, so zählte man nach dem Ende des Krieges gerade einmal 6.000 Köpfe.

Mit einem umfassenden Reformprogramm wurde das Land rekultiviert. Friedrich Wilhelm hatte seine Ausbildung in den Niederlanden erhalten, wo er auch seine Frau, Louise Henriette, die Tochter von Friedrich Heinrich von Oranien kennengelernt hatte. Nun wurden holländische Handwerker und Bauern für die Trockenlegung der sumpfigen Flussniederungen angeworben, Religionsflüchtlinge aus Frankreich und dem Salzburger Land mit offenen Armen aufgenommen, Handel und Handwerke gefördert, Schulen und wissenschaftliche Einrichtungen wie die Hallenser Universität gegründet. Mit einem Wort: In den Jahrzehnten vor und nach der Wende zum 18. Jahrhundert wurden die Grundlagen für einen modernen Staat gelegt.

## Frühmoderne Staatlichkeit

Zu diesen Reformen zählt unstreitig auch die Gründung des Collegium medicum, das mit dem chur-brandenburgischen Medizinaledikt von 1685 – also vor 325 Jahren – aus der Taufe gehoben wurde. Was für eine Einrichtung feiern wir, wenn wir dieser Einrichtung gedenken? Was für eine Institution war das Collegium medicum, und in welche Tradition stellen wir uns, wenn wir dieses einviertel-runde Jubiläum für die ständische Selbstorganisation reklamieren?

Wie ich im Folgenden anhand von drei historischen Beobachtungen zeigen möchte, bildete das Medizinaledikt einen wesentlichen Baustein bei der Herausbildung einer frühmodernen

Staatlichkeit. Mehr noch: Die Einrichtung des Collegium erfolgte nicht nach dem Vorbild einer ständischen Selbstorganisation, sondern legte die Grundlage für die Herausbildung des staatlichen Medizinalwesens. Die Geschichte des Collegium ist folglich die Geschichte einer gleichermaßen bürokratischen und korporativen Institution.

Die ersten Entwürfe des Medizinaledikts reichen bis ins Jahr 1661 zurück. Unmittelbar nach dem Ende des Nordischen Krieges und der Anerkennung des preußischen Herzogtums waren die Leibärzte bei ihrem Herrn vorstellig geworden und hatten sich beklagt „dass in denen sachen, welche die apoteker, balbirer, bader, oculisten und steinschneider, hebammen und waß sonsten zu erhaltung menschlichen geschlechtes und dessen gesundheit Gott angewiesen, und eigentlich unter die Medicinische Fakultät gehöret, eine grosse unordnung, nachlässigkeit, und allerley schädliche irrthümer im gantzen lande fůrgehen“. Aus diesem Grund forderten die Ärzte, „alhier in den residentien ein Collegium Medicum aufzurichten und solches durch gewisse gesetz und ordnung zu confirmiren“.<sup>1</sup>

Die Leibärzte beschuldigten damit erstens ihre Kollegen in Frankfurt/Oder, der Aufsicht über das medizinische Heilpersonal nur unzureichend nachgekommen zu sein. Zweitens verlangten sie, die korporative Organisation solcher Collegia in staatliche Hand zu legen. Sie hatten allerdings drittens weniger die

<sup>1</sup> Die im August 1661 vorgestellte Eingabe findet sich wiedergegeben bei: Stürzbecher, Manfred: Beiträge zur Berliner Medizingeschichte (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission zu Berlin beim Friedrich-Meinecke-Institut der FU, 18). Walter de Gruyter & Co: Berlin 1966, S. 8-11.

Aufgaben einer medizinischen Fakultät im Blick als vielmehr deren ständische Privilegien. Die Leibärzte waren offensichtlich davon überzeugt, dass die Wahrung dieser Privilegien in diesem Zeitalter der Reformen beim Staat besser aufgehoben sei als in der akademischen Freiheit einer korporativen Organisation.

Ich möchte darauf verzichten, diesen Entwurf en detail vorzustellen. Nur einige Paragraphen seien genannt: Wer praktizieren will, muss sich beim Collegium anmelden (§3), das Collegium ist zuständig für die jährliche Visitation der Apotheken (§8), die Prüfung und Zulassung der Apotheker (§9), der Okulisten, Starstechern und Steinschneidern (§13) und der Hebammen (§14) und überwacht die Prüfungen der chirurgischen Zünfte (§10). Mit einem Wort: Alle medizinisch tätigen Personen sollten den Vorstellungen der Leibärzte zufolge dem ärztlichen Fachkollegium unterstellt werden. Dieses hätte folglich die umfassende Aufsicht über den medizinischen Markt und die Kontrolle des Zugangs erhalten. Die Ärzte begriffen das Collegium als eine Institution, die sich erstens um einen kollegialen Umgang der Ärzte untereinander sorgt, die zweitens auf die Abgrenzung von anderen Berufsgruppen mit ähnlichen Tätigkeitsprofilen achtet, und drittens das von ihr kontrollierte Tätigkeitsfeld überwacht. Bis auf den letzten Punkt entsprach der Entwurf weitgehend einer zeitgenössischen Zunftverfassung. Das Collegium beanspruchte die korporativen Rechte einer medizinischen Fakultät, die damals nicht nur eine Lehrinstitution, sondern auch Standesorganisation war.

## Keine Selbstermächtigung

Wer sollte das neue Kollegium bilden? Die Leib- und Hofärzte natürlich. Es spricht für den Großen Kurfürst, dass er dieser Selbstermächtigung einen Riegel vorschob. Der ärztliche Entwurf erfuhr eine eingehende Überarbeitung. Die Ein-

griffe erscheinen auf den ersten Blick marginal, veränderten den Charakter der Vorlage aber tief greifend: Dem Collegium wurde das Recht abgesprochen, die sich niederlassenden Ärzte zu examinieren. Die Apothekenvisitation war keine rein ärztliche Sache, sondern sollte mit der örtlichen Stadtverwaltung gemeinsam erfolgen. Die Zulassung von chirurgischen Spezialisten wurde dem Magistrat – und nicht dem Collegium unterstellt. Darüber hinaus wurden den Ärzten weitere Aufgaben ins Stammbuch geschrieben: Sie sollten eine Taxordnung erarbeiten (§8), so oft als möglich anatomische Sektionen für auszubildende Mediziner und Hebammen ausführen (§15). Statt ihrer Kollegen sollten sie die genannten Geheimmittel prüfen und zulassen (§16), wobei sich das neue Fachgremium über eine noch festzulegende Gebührenordnung finanzieren sollte (§17).<sup>2</sup>

Der Tenor der Überarbeitung ist eindeutig: Der Staat war nicht an der professionellen Ermächtigung der Leib- und Hofärzte interessiert. Ihm ging es vielmehr um die Einbindung von Fachleuten in die entstehenden staatlichen Verwaltungsstrukturen. Dieser Unterschied ist entscheidend. Viele der genannten Aufgaben fielen üblicherweise in den Verantwortungsbereich der medizinischen Fakultäten. In Frankreich, aber auch in vielen, vor allem süddeutschen Reichsstädten war es ebenfalls üblich, dass sich die Ärzte in einem Collegium organisierten – sie waren Kollegen – und gegenseitig fortbildeten.<sup>3</sup> Doch was anderswo ein Element der ärztlichen Selbstorganisation war, wurde in Berlin als staatliche Verwaltungsaufgabe konzipiert. 1685 erhielt das neue Fachgremium kurfürstlichen Brief und Siegel und wurde der Staatsregierung unterstellt.

Halten wir also fest: Mit dem Collegium wurde in Preußen die ärztliche Selbstorganisation in Form einer staatlichen Behörde begründet. Es übernahm zentrale Aufgaben einer staatlichen Medizinalverwaltung, bereitete Berufs- und Tax-Ordnungen vor, die der Landesherr autorisierte, organisierte die theoretische wie praktische Prüfung umstrittener Heilverfahren und Heilmittel, und es führte schließlich ein Register über alle Medizinalpersonen. Die Fort- und Weiterbildung war jedoch keine Aufgabe des Collegium. Zwar saßen einige der Mitglieder ebenfalls im sogenannten Collegium medico-chirurgicum. Doch das Collegium der 1725 gegründeten militärchirurgischen Fachhochschule (und Vorläufer der Berliner Medizinischen Fakultät) darf nicht mit dem Collegium medicum verwechselt werden, das in die frühmoderne Staatsverwaltung integriert war. Das Medizinedikt legte somit nicht nur die korporativen Rechte fest. Es nahm die Ärzteschaft auch in die Pflicht – für den Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens. Für diese Indienstrafe wurde den Ärzten eine professionelle Autonomie zugestanden. Ärztliche Standesvertretung preußischer Art war somit keine korporative Organisation oder Selbstverwaltung, sondern erfolgte nach Art einer staatlichen Behörde.

sche wie praktische Prüfung umstrittener Heilverfahren und Heilmittel, und es führte schließlich ein Register über alle Medizinalpersonen. Die Fort- und Weiterbildung war jedoch keine Aufgabe des Collegium. Zwar saßen einige der Mitglieder ebenfalls im sogenannten Collegium medico-chirurgicum. Doch das Collegium der 1725 gegründeten militärchirurgischen Fachhochschule (und Vorläufer der Berliner Medizinischen Fakultät) darf nicht mit dem Collegium medicum verwechselt werden, das in die frühmoderne Staatsverwaltung integriert war. Das Medizinedikt legte somit nicht nur die korporativen Rechte fest. Es nahm die Ärzteschaft auch in die Pflicht – für den Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens. Für diese Indienstrafe wurde den Ärzten eine professionelle Autonomie zugestanden. Ärztliche Standesvertretung preußischer Art war somit keine korporative Organisation oder Selbstverwaltung, sondern erfolgte nach Art einer staatlichen Behörde.

## Autonome versus staatliche Organisation

Der weitere Auf- und Ausbau des Collegium erfolgte parallel zur staatlichen Verwaltung. 1725 wurde das Berliner Gremium zum Obercollegium erhoben und an allen Provinzialregierungen Medizinalkollegien eingerichtet. Das Obercollegium wurde zugleich ins Generaldirektorium (General-Ober-Finanz-Kriegs- und Domainen-Direktorium) integriert, in die neu geschaffene Zentralbehörde. Welchen Einfluss es in der frühmodernen preußischen Behördenstruktur erhielt, ist nicht bekannt. Denn die territoriale Gliederung des Generaldirektoriums, die trotz Einführung neuer Departements nach Sachfragen nicht aufgegeben

<sup>2</sup> | Königl. Preussische und Churfürstl. Brandenburgische Medicinal-Edict und Ordnung (1685)

<sup>3</sup> | Brockliss, Jones und Colin Jones: The medical world of early modern France. Clarendon: Oxford, NY 1997.



Die Georg-Klemperer Preisträger des Vorjahres: Isolde Flemming und Jürgen Hammerstein. In der Mitte: ÄKB-Vorstandsmitglied Sigrid Kemmerling.



Brandenburgs Gesundheitsstaatssekretär Daniel Rühmkorf betonte die Bedeutung ärztlicher Selbstverwaltung.

wurde, lähmte die Arbeit. 1797 wurde das Obercollegium aus dem Generaldirektorium ausgegliedert und verselbständigt. Im Zuge der preußischen Reformen wurde es 1808 und seine Mitglieder als „Wissenschaftliche Deputation“ dem Innenministerium zugeordnet, dessen Mitglieder 1817 in das neu gegründete Kultusministerium überführt. Damit ging das Collegium einerseits in der Medizinalverwaltung auf. Andererseits bildete es den Kristallisationskern eines Expertengremiums, das in der Kultusbehörde in Form der wissenschaftlichen Deputation etabliert wurde. Nach Reichsgründung führte das Kaiserliche Gesundheitsamt die Funktion des alten Collegium medicum et sanitatis gewissermaßen auf Reichsebene fort.

Man mag sich fragen, ob diese Unterscheidung zwischen autonomer versus staatlicher Organisation nicht Haarspalterei sei. In der Tat ist es für die Durchsetzung professioneller Interessen ziemlich belanglos, ob man die Apotheker im Auftrag einer staatlichen Medizinalbehörde oder als ärztlicher Standesvertreter maßregelt. Ebenso dürfte die Einbindung in den Staatsdienst die Ärzte nicht gehindert haben, die niederen Heilberufe – von den Hebammen bis zu den Chirurgen – ihrer professionellen Autorität zu unterwerfen. Im Ergebnis hob sich die preußische Variante des Collegium somit nicht von einem korporativen Modell der ärztlichen Selbstorganisation ab. Der aber entscheidende Unterschied bestand in der Durch-

führung, besser: in der performativen Gestaltung dieser professionellen Machtausübung. Die beteiligten Ärzte wurden nicht als Anwalt in eigener Sache, sondern als Sachwalter einer Medizinalverwaltung tätig. Sie waren nicht Vertreter einer verfassten Ärzteschaft, sondern traten als Diener der Staatsbürokratie auf. Dieser Unterschied war den Reformern wichtig, die im frühen 19. Jahrhundert das Collegium auflösten und in die wissenschaftliche Deputation überführten.

## Experten ohne Macht

Johann Nepomuk Rust, der verantwortliche Medizinalrat, begründete im Rückblick diesen Schritt mit dem Argument, dass die Einbindung professioneller Experten, Ärzte wie Vertretern anderer wissenschaftlich-technischer Berufe, in den Staatsdienst zwar unumgänglich, aber hochgradig problematisch sei. Denn Experten seien wissenschaftliche Überzeugungstäter: „[A]uch der „uneigennützigste und freisinnigste Gelehrte könne zuletzt nur seiner Überzeugung folgen, sobald es sich um die Beurteilung und Entscheidung eines wissenschaftlichen Gegenstandes handelt“. Würde man wissenschaftliche Experten aber mit politischer Macht ausstatten, dann wären sie zwangsläufig korrumpierbar und würden sich als „eigensinnige und herrschsüchtige Beamte“ ... zu Despoten ihrer Fachgenossen“ aufschwingen.<sup>4</sup> Andererseits könne man auf wissenschaftlichen

Sachverstand nicht verzichten. Eher eigne sich ein Arzt oder Wissenschaftler, so Rust, das „Formelle“ eines Verwaltungsbereiches an, als dass ein gewöhnlicher Verwaltungsbeamter das „Materielle des Verwaltungszweiges“ erlerne. Man brauche folglich Ärzte und Wissenschaftler in der Medizinalverwaltung, dürfe sie aber nicht mit politischer Macht ausstatten. Folglich wurde die wissenschaftliche Deputation als staatliches, aber unabhängiges Beratungsgremium konzipiert, dessen Mitglieder als die eigentlichen „Kunstrichter“ das entscheidende Urteil über Sachfragen zu fällen hatten. In die administrative Umsetzung und behördliche Ausführung war die wissenschaftliche Deputation aber nicht involviert. Die Finger im Spiel haben, aber nicht nass machen – dass war die Devise dieser performativen Darstellung einer von staatlichen Behörden umgesetzten Entscheidung ärztlicher Professioneller. In Form der wissenschaftlichen Deputation war die Ärzteschaft folglich unmittelbar in die politischen Entscheidungsprozesse einbezogen, ohne Politik machen zu müssen. Halten wir fest: Mit der Überführung des selbständigen Collegium in eine wissenschaftliche Deputation im Kultusminis-

<sup>4</sup> Rust, Johann Nepomuk: Die Medicinal-Verfassung Preussens, wie sie war und wie sie ist. In: Aufsätze und Abhandlungen aus dem Gebiete der Medicin, Chirurgie und Staatsarzneikunde. Hrsg. Johann Nepomuk Rust. Enslin: Berlin 1834-40, 3-199.



Professor Volker Hess (re.) im Gespräch mit Kammerpräsident Jonitz.

terium wurde die Verstaatlichung der einstmaligen korporativen Selbstorganisation abgeschlossen. Die Organisationsform einer wissenschaftlichen Deputation nahm dabei erstens die systematische Trennung zwischen Machtausübung und der „Kunstkritik“ vor. Sie stellte ärztliche Expertise zweitens als machtlos und unparteiisch dar und entwickelte drittens ein alternatives Modell für die Wahrung und Durchsetzung professioneller Interessen.

## Freie Assoziationen

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde – gewissermaßen in Fortführung des ersten Medizinedikts – ein weiteres Modell ärztlicher Standesvertretung entwickelt, aber nicht realisiert: Die Übertragung der gesamten ambulanten Versorgung an eine verfasste Ärzteschaft. Auf diesen Schritt liefen manche Vorschläge nämlich hinaus, die während der Revolutionsmonate des Jahres 1849 unter den Berliner Ärzten diskutiert wurden. Auch hier will ich auf Details der kontroversen Debatte verzichten. Einig war man sich allein darin, dass sich alle Ärzte vor Ort zu einer freien Assoziation zusammenschließen sollten, um die Krankenversorgung ihres Bezirkes zu garantieren, die Einhaltung wissenschaftlicher Standards zu kontrollieren, Scharlatanerie und Betrug zu verhindern, und schließlich mit der Kommune die Honorierung der Behandlung auszuhandeln. Umstritten war der Status der „freien Assoziation“. Sollte die Mitglied-

schaft, wie beispielsweise Rudolf Virchow argumentierte, zwangsweise erfolgen, um die Gründung von Gegenassoziationen zu vermeiden? Oder wurde auf freiwilliger Basis eine Art ärztlicher Kreisversammlung gebildet, bei der sich die niedergelassenen Ärzte, Gesundheitspolitiker und Medizinalbeamte regelmäßig berieten und über gemeinsame Maßnahmen verständigten? Eine „freie Assoziation“ à la Virchow hätte das Modell einer traditionellen Korporation aufgenommen. Die Assoziation wäre für alle die Ärzteschaft betreffenden Fragen zuständig gewesen, von wissenschaftlichen Fragen bis hin zur Witwen- und Waisenversorgung. Eine solche Assoziation entsprach keinem Verein (aus dem man ein- und austreten konnte), sondern eine das Leben ihrer Mitglieder umfassend bestimmende Organisationsform – also eine zünftische oder ständische Korporation in neuer Gestalt. Die Alternative der Kreisversammlung hingegen nahm das Modell eines Vereins oder eines interessenbestimmten Zweckverbandes auf, der in der freien Verfügung seiner Mitglieder stand.<sup>5</sup>

Der Rest ist Geschichte. Keines der beiden Modelle wurde Mitte des 19. Jahrhunderts realisiert. In der Debatte um die freie Assoziation wurde noch einmal die historische Figur des Collegium medicum aufgegriffen: Ein ärztliches Collegium, das sich (1) im freien Zusammenschluss der Ärzte eines Ortes oder einer Region zusammenfindet, (2) die Belange der Profession gegenüber konkurrierenden Berufsgruppen vertritt, (3) die Interessen der Kollegenschaft gegenüber Politik und staatlichen Organen geltend macht und (4) schließlich selbständig und frei von staatlichen Eingriffen das kollegiale Miteinander regelt. Der Unterschied zu den heutigen Standesvertretungen besteht vor allem im ersten und letzten Punkt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Medizinedikt von 1685 einen entscheidenden Schritt auf dem Weg zu einer modernen Medizinalverwaltung bildet. Die Funktion und Rolle einer organisierten Ärzteschaft war jedoch,

wie ich versucht habe zu zeigen, bereits in diesem Edikt in gewisser Weise paradox angelegt. So schuf das Edikt die Grundlage für eine Form medizinischer Expertise, die sich durch ein eigenartiges Verhältnis von staatlicher Indienstnahme und professioneller Autonomie auszeichnet. Der ärztliche Experte war einerseits in der Organisation des preußischen Medizinalwesens kein Mitglied einer professionellen Standesvertretung, sondern ein unabhängiger Staatsbeamter. Er ist – als Mitglied des Collegium oder der Wissenschaftlichen Deputation – neutral, aber ohne politische Entscheidungsgewalt, also formal machtlos. Auf der anderen Seite sehen wir das konkurrierende Modell einer Korporation: Das selbständige Collegium, die freie Assoziation à la Virchow, verfügt qua korporative Rechte und Gewalten über politische Macht, ist als professionelle Interessens- und Standesvertretung aber nicht neutral. Dieses auch heute noch sehr gegenwärtige Paradoxon von politischer Macht und wissenschaftlicher Unabhängigkeit stellt folglich eine historische Konstellation dar,<sup>6</sup> die bereits mit dem Medizinedikt von 1685 angelegt wurde. Mehr noch: Dieses Paradoxon eines ambivalenten Verhältnisses von Macht und Unabhängigkeit scheint konstitutiv für die Rolle des ärztlichen Experten zu sein. Eines jedoch ist sicher: Es stellt auch heute noch eine Herausforderung für eine verfasste Ärzteschaft dar.

Verfasser:

Professor Dr. med. Volker Hess  
Direktor des Instituts für die Geschichte der Medizin  
volker.hess@charite.de

<sup>5</sup> | Schmiedebach, Heinz-Peter: Robert Remak (1815 - 1865). Ein jüdischer Arzt im Spannungsfeld von Wissenschaft und Politik (= Medizin in Geschichte und Kultur). Stuttgart 1995, 51-70.

<sup>6</sup> | Engstrom, Eric J., Volker Hess und Ulrike Thoms (Hrsgg.): Figurationen des Experten. Ambivalenzen der wissenschaftlichen Expertise im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert (= Berliner Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte. Hrsg. Wolfgang Höppner). Peter Lang: Frankfurt am Main etc 2005.

# Ärzttekammer Berlin – Zeitlos aktuell im Dienste der Allgemeinheit

Von Günther Jonitz

„Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte anlässlich des diesjährigen Kammertages versuchen darzulegen, woran man erkennen kann, dass eine Kammer ihre Arbeit tatsächlich richtig macht und dass sie funktioniert. Es geht dabei nicht primär um die Frage, was habe ich investiert, also den Input, sondern entscheidend darum, was das Resultat ist. Eine Körperschaft öffentlichen Rechts verdankt ihre Existenz einem hoheitlichen Auftrag und nicht einer Privatautonomie – ihre Verfassung ist öffentliches Recht. Die Ärztekammer ist eine Standesvertretung, ich selbst bezeichne mich in meiner Funktion als Standesvertreter. Der Stand, den ich vertrete – so drücke ich es gern aus – ist schlicht der ärztliche Ver-Stand. Die beiden leitenden Grundprinzipien der ÄKB und aller anderen Ärztekammern auch sind zum einen die Gemeinwohlbindung und zum anderen die Problemlösungskompetenz. Bezogen auf die Gemeinwohlbindung haben wir primär gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern einen Auftrag, dessen Erfüllung sich darin zeigt, dass sich sehr viele durch den Beitrag der Kammer besser versorgt

fühlen und besser versorgt sind als ohne. Das Prinzip der Problemlösungskompetenz folgt dem Motto: Je näher man an einem Problem dran ist (ohne Teil des Problems zu sein), umso eher ist man auch in der Lage, eine pragmatische Problemlösung auf den Weg zu bringen. Dies trifft zweifellos auf den Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung zu.

## Lean Management

Die Organisationsprinzipien, die wir hier in der Kammer wiederfinden und bereits im Medizinaldikt zum Ausdruck kommen, sind im Grunde hoch modern und lassen sich unter dem Begriff „Lean Management“ zusammenfassen. Der Große Kurfürst hat vor 325 Jahren erkannt, dass die Problemlösung an diejenigen delegiert werden soll, die selbst betroffen sind. In der Gegenwart hat sich dieses Prinzip auf die klare berufsspezifische Führungskompetenz konzentriert. Das Lean Management ist in ganz vielen Unternehmen immer noch der neueste Schrei – Der Chef bestimmt eben nicht alles alleine, er weiß vor allem, an wen er was delegieren

kann, damit Arbeitsprozesse funktionieren. Wichtig ist dabei besonders, dass man nicht nur handelt, sondern auch Rechenschaft darüber ablegt, was man tut und welche Ergebnisse erzielt werden, also Transparenz erzeugt wird. Das ist möglicherweise der Aspekt, der in der Vergangenheit am wenigsten öffentlich wahrgenommen wurde. Als Beispiel sei hier unser Tätigkeitsbericht erwähnt, den wir jedes Jahr veröffentlichen. Natürlich müssen wir – gerade als Kammer – in der Lage sein darzulegen, wie wir unseren Auftrag erfüllen, welche Ziele wir haben und welche Ziele bislang schon erreicht wurden.

## Führungsfunktion der Kammer

Als zentrale Hauptaufgabe der Kammer ist sicherlich die Führungsfunktion gegenüber der Berufsgruppe der Ärzte zu nennen. Aber auch gegenüber den medizinischen Fachangestellten, die wir im Hause ausbilden, übernehmen wir Führungsaufgaben und somit gewissermaßen Personalentwicklung im ärztlichen Bereich. Durch das aktive Einbringen von Themen und das Einwirken, Diskutieren und Nachbessern von und auf Prozesse werden wir unserer Führungsverantwortung gerecht. Proaktiv zu agieren und nicht aus der Defensive zu reagieren ist hierbei ein wesentliches Charakteristikum der Ärztekammer Berlin. Daneben obliegt uns auch eine Ordnungsfunktion, die sich – im Jahr 1685 noch als Zwangsrecht bezeichnet – heute auf die BO, WBO, FBO und QS konzentriert. Hier kommen all die Bereiche zum Tragen, bei denen es nicht allein um Gefälligkeiten gehen kann, sondern auch um Sanktionen gehen muss.

### Leistungsdaten der Ärztekammer Berlin 2005-2009

|   |           |
|---|-----------|
| Bestandene Prüfungen Arzthelferinnen/Med. Fachangestellte       | 2896      |
| Zertifizierungen von Fortbildungsveranstaltungen                | 51126     |
| Fortbildungszertifikate für Niedergelassene (Stichtag 30.06.09) | über 4500 |
| Weiterbildungsprüfungen   | 5232      |
| Anträge auf Anerkennung einer Bezeichnung                       | 12376     |
| Befugnisanträge   | 4901      |
| Bearbeitete Vorgänge im Berufsrecht                             | 13906     |
| Telefonische Beratungen der Abteilung Berufs- und Satzungsrecht | 12676     |



*Klaus Zerm und Vera Müller vom Kabarett Kneifzange hatten viele Lacher auf ihrer Seite.*

## Berliner Gesundheitspreis setzt Zeichen

Um einen kurzen Aufriss zu geben, bei welchen Themen die ÄKB Zeichen setzt und gesetzt hat, soll als erstes der Berliner Gesundheitspreis (BGP) erwähnt sein, der seit 1995 – noch initiiert vom damaligen Kammerpräsidenten Ellis Huber – als gemeinsames Projekt mit der AOK Berlin und dem AOK Bundesverband realisiert wird. Wolf-Dieter Müller, langjähriger Chef der AOK Berlin, sei an dieser Stelle mein besonderer Dank für die langjährige gute Zusammenarbeit ausgesprochen, für die der BGP als eines der mustergültigen Beispiele gelten kann. So hat der BGP mit seinen jährlich wechselnden Themen seit 1995 lückenlos Probleme der regulären Patientenversorgung aufgegriffen und anhand der eingereichten Wettbewerbsbeiträge Lösungsansätze formuliert, die zu einer Verbesserung der Situation führten.

Exemplarisch seien genannt der Reformstudiengang 1994, dann das Thema Hausärztliche Versorgung 2004 und dann schließlich das Thema Patientensicherheit aus dem Jahr 2002. Diese Thematik ist mittlerweile so gut in Deutschland etabliert, dass wir inzwischen auch international Anerkennung dafür bekommen, weil wir es in Deutschland geschafft haben, dass sich so viele Menschen, so viele Einrichtungen und vor allem auch so viele Ärzteneinstitutionen sowie andere Medizinberufe

aktiv beteiligen. Wir konnten also an ganz vielen Beispielen zeigen, dass es auch anders geht, als nur zu klagen. Evidenzbasierte Medizin ist das Verfahren, um eine „eminenz“-basierte Autorität, also einer Autorität die qua Hierarchie und Funktion und nicht qua Fachkompetenz vorgibt, was richtig oder falsch sei, Einhalt zu gebieten. Im Gegensatz dazu geht es bei der Methode der evidenzbasierten Medizin darum, dass derjenige, der sagt „Ich weiß, was zu geschehen ist“ auch sagen kann „Ich weiß auch warum, ich kann belegen, warum es so und so ist“. Mit diesem Verfahren wird gewährleistet, dass die persönliche Meinung und der persönliche Einfluss hinter den wissenschaftlichen Anspruch gestellt sind.

## EbM-Netzwerk in Berlin gegründet

Das Netzwerk Evidenzbasierte Medizin wurde 2000 hier in Berlin gegründet. Wir haben uns als Ärztekammer auch thematisch in die Einführung der DRGs eingemischt. Wenn man den Antrag bzw. die Resolution der Delegiertenversammlung von damals dazu durchliest, dann zeigt sich, dass sich fast alles bewahrheitet hat, was dort warnend formuliert ist. Ein Jahr später haben wir eine Resolution gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens veröffentlicht. Aktuell wird dazu die Debatte um die so genannte „Priorisierung“

geführt. Beim Thema Qualitätssicherung verweisen wir auf unsere gemeinsame Geschäftsstelle, bei der es eben nicht um einen Alleinvertretungsanspruch geht, sondern um relevante Themen, die verschiedene Gruppen in gemeinsamer Verantwortung bearbeiten.

Weiterhin sei beispielhaft erwähnt, dass wir vor zehn Jahren ebenfalls initial über die Ärztekammer Berlin ein Herzinfarktregister eingeführt haben, an dem sich knapp 20 Kliniken in Berlin beteiligen. Die beteiligten Kliniken können beweisen, dass die Sterblichkeit ihrer Herzinfarktpatienten in diesem Zeitraum um 6 % im Durchschnitt abgenommen hat, das heißt, sie bringen den Beleg für entsprechende gute Arbeit, weil sie sich regelmäßig zusammensetzen und ihre Daten und ihr Tun vergleichen.

Das Thema Patientensicherheit stand 2005 auf dem Deutschen Ärztetag in Berlin im Fokus. Es wurde ein einstimmiger Beschluss „Pro Patientensicherheit“ gefällt. Auch hier greift die Strategie: sachliche Grundlage und Lösungsorientierung!

Beim Thema HPV-Erklärung hat die Ärztekammer Berlin im Bündnis mit anderen kritisch und medienwirksam Stellung gegen die überzogene Darstellung der Heilwirkung bezogen. Beim eigenen Gebiet „Allgemeinmedizin“ haben wir als Berliner Ärzteschaft uns von unserer Überzeugung nicht abbringen lassen, dass es sich hierbei um ein eigenständiges Gebiet handeln müsse. Mit Erfolg! Zunächst gab es noch heftige Kritik für unsere Haltung, jetzt auf dem Ärztetag in Dresden jedoch ist sie sang- und klanglos ohne eine Diskussion wieder für alle als eigenständiges Gebiet eingeführt worden.

## Der Blick nach innen

Beim Blick „nach innen“, also was wir in der Kammer tun, lasse ich gern Zahlen sprechen: Von 2005 bis 2009 haben wir 2.896 Medizinischen Fachangestellte qualifiziert. Diese „Routinearbeit“ wird mit hohem persönlichen Engagement geführt von Regine Held, Hals-Nasen-Ohrenärztin im Kammervorstand. Die



Kammerngeschäftsführer Michael Hahn (re.) und Abteilungsleiter Henning Schaefer (li.) im Gespräch mit dem ehemaligen Berliner AOK-Chef Wolf D. Müller.



Mehr MUT: Thea Jordan (mi.) mit der ehemaligen und der aktuellen MUT-Chefin, Helga Schick (li.) und Bettina Lange.

Qualifikation bietet knapp 3.000, meist jungen Frauen, eine attraktive berufliche Perspektive.

Ebenfalls interessant, was hat die ÄK auf ärztlicher Seite konkret gemacht in Sachen „Personalentwicklung“? In fünf Jahren erfolgten beispielsweise knapp 12.500 Anträge auf die Facharztanerkennung sowie über 5.000 Prüfungen und knapp 5.000 Anträge auf Befugnis zur Leitung der Weiterbildung in Berlin.

Im Bereich Qualitätssicherung, ein noch relativ junges Thema im Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung, bieten wir regelmäßig unsere Kurse an. Mit 200 Teilnehmern den QM-Kurs „Transfusionsmedizin, Qualitätsbeauftragter, Transfusionsbeauftragte auf gesetzlicher Grundlage“, das Thema Datenschutz in Arztpraxen oder Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Wir haben Qualitätssicherungs-Audits, ein Schlaganfallregister sowie die Neonatalerhebung an der Ärztekammer. Dazu kommen neue Themenschwerpunkte

aus dem Bereich Patientensicherheit, die zum Teil auch hier in Berlin initiiert worden sind, wie etwa der neue Kurs „Ärztliche Führung“. Wir haben Kurse zum Thema Patientensicherheit mit „Breaking bad news“, also „wie überbringe ich eine schlechte Nachricht?“. Das kann man lernen. Außerdem stehen einige Themen mehr auf der Agenda, wie das Intensivseminar Fallanalyse.

## Beeindruckende Zahlen

Im Bereich Fortbildungszertifizierung, als neuer Schwerpunkt per Gesetz auf den Weg gebracht, haben wir ebenfalls eindrucksvolle Zahlen aufzuweisen: Seit Einführung der Fortbildungszertifizierung wurden 75.400 Anträge auf Fortbildungszertifizierung bearbeitet, also nicht gestellt, sondern bearbeitet. Die niedergelassenen Kollegen haben zum Stichtag 4.500 Zertifikate erhalten und bei den Krankenhausärzten stehen 3.000 Zertifikate bis Ende des Jahres an. Auch das ist Kerngeschäft der Kammer. Die Aufgaben im Bereich Berufsrecht sind im Vergleich dazu vielleicht weniger werbeträchtig da wir uns hier mit Problemen und Konflikten befassen müssen. Die in der Abteilung Berufsrecht in den letzten fünf Jahren bearbeiteten Vorgänge belaufen sich auf 13.906. Dazu kamen noch 12.676 telefonische Beratungen von Kammerangehörigen, Patienten und Behörden.

## Perspektiven der Kammer

Welche Perspektiven haben wir als Kammer? Wie kann man unser Tun „modern“ halten? Besonders wichtig ist, zielgenau Rechenschaft abzulegen. Ich glaube, in der Vergangenheit haben wir die geregelten Kontakte in die Berliner Politik und in das Berliner Abgeordnetenhaus zu wenig betont. Auf der Arbeitsebene klappt das in der Regel hervorragend, weil die jeweiligen Mitarbeiter sich kennen und gut zusammen arbeiten. Auf der politischen Ebene müssen wir uns überlegen, inwieweit wir unsere Arbeit intensivieren.

Daneben ist die Arbeitsweise der ÄKB natürlich geprägt von besonderem Engagement von haupt- und ehrenamtlich tätigen Mitarbeitern. Das ist gut so, und das wird auch so bleiben. Gleichwohl ist zu überlegen, welche systematische Grundlage unser Handeln trägt. Bei Krankenkassen und anderen Einrichtungen gibt es mittlerweile jede Menge Zahlen, Daten und Fakten. Diesen Datenschutz gilt es zu heben. Dann wiederum müssen wir gegenüber unseren Mitgliedern schauen, dass die Kataloge der Weiterbildungsordnung erfüllbar sind.

Das Thema Dialog führen ist sicherlich eine Sache, in der gerade wir in der ÄK seit vielen Jahren und Jahrzehnten exemplarisch bewiesen haben, dass dies funktioniert – sowohl in den Projekten als auch innerhalb der unterschiedlichen Listen in der Kammer. Wir werden sehen, wie wir diese Dialoge intensivieren, beispielsweise auch gegenüber den Patientenverbänden, und -organisationen, mit denen wir in Berlin sehr gut zusammenarbeiten. Denn das Thema Gesundheitspolitik ist eigentlich viel zu umfassend, um es einer Gruppe alleine anzuvertrauen. Die Politik alleine regelt es genauso wenig wie die Ärzte, die Krankenkassen oder sonst jemand. Als Ärzte bleiben wir immer die Letztverantwortlichen, das heißt so lange Schwarzer Peter gespielt wird im Gesundheitswesen, sind Ärzte immer diejenigen, die am Ende damit durch die Gegend laufen. Und genau aus dieser Rolle wollen wir heraus, aus dieser Rolle müssen sich die Ärztekammern und die Ärzteschaft generell befreien. Das geht aber nur, indem wir Verantwortung übernehmen, prospektiv agieren und die anderen idealerweise mit in die Pflicht nehmen. Schließen möchte ich mit einem Satz eines Menschen, der in Dresden geboren wurde, nach Berlin kam, dann aber allerdings nicht hier blieb, Erich Kästner: „Es gibt nichts Gutes, außer man tut es.“ Ich würde mir deshalb wünschen, dass wir alle mit gutem Beispiel vorangehen.“

Dr. med. Günther Jonitz  
Präsident der Ärztekammer Berlin

## Georg-Klemperer-Preisträgerin 2010: PD Dr. med. Maria Birnbaum

Ich habe Ehre und Anspruch, heute „Am 12. Juni 2010 Frau Maria Birnbaum zu ehren, Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr verehrte Gäste, ein wenig über das Leben dieser Frau zu berichten – jener Kollegin, die einzigartig und doch auch beispielhaft ist als Ärztin unserer Zeit: fleißig, verlässlich, selbstbewusst und erfolgreich.

Als ich Frau Birnbaum vor acht Tagen traf, mit ihr im Café Luise Tee trank und sie von ihrem jahrzehntelangen unablässigen Tun berichtete, habe ich sie nicht nach ihrem Alter gefragt. Das ist auch unerheblich, sie ist präsent (und ich sage nicht „noch immer präsent“).

Maria Birnbaum studierte von 1955-1960 in Berlin Humanmedizin. Sie approbierte an der Humboldt-Universität, nahm die Weiterbildung in der Pathologie auf, da sie beschlossen hatte, Chirurgin zu werden. Schon ein halbes Jahr nach Abschluss des Studiums promovierte sie im Rahmen einer experimentellen Arbeit, mit der sie erforschte, wie man in histologischen Schnitten quantitativ Fermente messen kann: eine Promotion, die sie mit Auszeichnung abschloss und bei der der berühmte Rapoport einer ihrer Gutachter war.

Maria Birnbaum wechselte in die internistische Weiterbildung und wurde 1968 Fachärztin für Innere Medizin. Das in einer Zeit nach dem Mauerbau, in der Ärzte zur Mangelware wurden: von 1964 waren es in ihrem Bereich zu jener Zeit nur noch 12 Kollegen. So musste sie schnell Verantwortung als Oberärztin übernehmen. Auf ihrer Station wurde ab 1964 die Hämodialyse entwickelt und von 1967 an nierentransplantierte Patienten ab dem 1. Tag postoperativ versorgt.

1969 entstand ein neuer Horizont: Frau Birnbaum gebar ihre Tochter, wechselte beruflich in die Poliklinik der 2. Medi-

zischen Klinik und versah die nephrologische Dispensaire-Sprechstunde.

Im nächsten Jahrzehnt habilitierte sie, die bereits seit 1965 Konsiliarin auf gynäkologischen Stationen gewesen war, zu Hochdruck und Nierenerkrankungen während der Schwangerschaft. 900 Patientinnen beobachtete sie in dieser klinischen Arbeit über fünf Jahre. Wissenschaftliches Interesse, Zielstrebigkeit und Durchhaltevermögen fallen mir zu diesem Riesenarbeitsaufwand ein. 1979 schloss sie mit der Habilitation ab, nachdem sie auch ein Zusatzstudium der Hochschulpädagogik absolviert hatte.

Es kam die Wende, die Mauer fiel – und für Frau Birnbaum „meine vier schlimmsten Arbeitsjahre“. Sie wurde kommissarische Direktorin der nephrologischen Klinik, hatte sich mit reduziertem Personal und gesperrten Investitionen herumzuschlagen, bis 1994 die C4-Professur der Nephrologie besetzt wurde. Sie trug weiter Verantwortung und blieb bis 1998 stellvertretende Direktorin. Ein arbeitsreiches Leben – offensichtlich war es für Maria Birnbaum noch nicht genug.

Seit 1990 stürzte sie sich in die Kammerarbeit, wurde kurz nach der Wende Ausschuss-Vorsitzende des Internistischen Wb-Ausschusses und stand ihm ganze 18 Jahre vor. Sie war über viele Jahre hinweg Mitglied der Delegiertenversammlung, kämpfte auf Ärztetagen um ihr Fach, prüfte unzählige Kandidaten in Facharztprüfungen, war 12 Jahre Mitglied der Wirtschaftskommission der Kammer und ist seit 1998 Mitglied der Kommission für Organspende von Berlin-Brandenburg, deren Vorsitzende sie ab diesem Jahr ist. Schließlich war sie 12 Jahre lang Vorstandsmitglied des Senats für Ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer

und beaufsichtigte als Frauenbeauftragte der Charité mehr als 250 Berufungsverfahren.

Frau Birnbaum hat an die hundert Veröffentlichungen und Monographien publiziert und ca. 200 Vorträge gehalten, sie betreute Promovenden und war in der Lehre aktiv.

Ich höre nun wohl auf, es war mir nur schlaglichtartig möglich, einige Daten und Etappen ihres vollen, übervollen Ärztinnenlebens zu nennen. Sie musste, oder durfte es erfüllen – mit Inbrunst, Disziplin und Begeisterung, unermüdetlich und mit andauerndem Selbstverständnis.

Als ich sie zum Ende unseres Gesprächs fragte, ob sie denn Hobbies habe, berichtete sie über ihre Freude an klassischer Musik, Literatur und Sport, den sie vormalig intensiv getrieben habe. Ja, und beinahe verschämt sagte sie zum Schluss, dass sie „eine soziale Ader“ habe (also, das hätte ich jetzt gar nicht vermutet), sie drei alte Herrschaften betreuen würde und bei all dem sitzt sie energiegeladener vor mir, überhaupt nicht ausgelaugt, mit wachen Augen und gepflegtem Äußeren, so, als wolle sie mich fragen:

„Was könnte ich morgen anfangen zu tun?“

Professor Dr. med. Vittoria Braun  
Vorstandsmitglied der Ärztekammer  
Berlin



Foto: Archiv



## Georg-Klemperer-Preisträger 2010: Professor Dr. med. Dr. h. c. Reinhard Kurth

Die Berliner Ärzteschaft ehrt mit „Professor Dr. Dr. h. c. Reinhard Kurth, einen Arzt, Wissenschaftler und vorbildlichen Behördenleiter, den die meisten von uns als Präsident des Robert-Koch-Instituts kennen.

Reinhard Kurth wurde 1942 in Dresden geboren. Nach seinem Abitur am Martin-Behaim Gymnasium in Nürnberg studierte er in Erlangen sowohl Medizin als auch Philosophie im Hauptfach. Nach dem er bereits als Austauschschüler in den Vereinigten Staaten gewesen war, verbrachte er als Student eine Zeit als Entwicklungshelfer in Kamerun und als Stipendiat des Deutschen Akademischen Austauschdienstes eine wichtige Zeit in der Universität von Caen in Frankreich. Sein Werdegang verzeichnet lakonisch: Studium im Hauptfach „Französisch, Philosophie“. Nach der Promotion zum Dr. med. sowie der Medizinalassistentenzeit in Ingelheim 1969 erhielt er die Bestallung zum Arzt. Gleichzeitig legte er die Abschlussprüfung des Educational Council for Foreign Medical Graduates ab. Sein beruflicher Werdegang führte ihn in das Fach der Virologie. Nach zweijähriger Tätigkeit im Max-Planck-Institut für Virusforschung in Tübingen arbeitete er als Wissenschaftlicher Assistent im Robert-Koch-Institut und danach als Wissenschaftlicher Assistent mit eigener Arbeitsgruppe am Imperial Cancer Research Fund in London. Während seiner Zeit im Max-Planck-Institut erhielt er ein Stipendium der Volkswagen-Stiftung. Für seine Zeit in England war er Stipen-

diat der Deutschen Forschungsgemeinschaft in Bonn. Die Qualitäten des Kollegen Reinhard Kurth wurden offensichtlich sehr früh erkannt und entsprechend gewürdigt.

Nach seiner Habilitation im Jahre 1976 an der Universität Tübingen verschlug es ihn im Jahr 1980 als Leiter der Abteilung Virologie ins Paul-Ehrlich-Institut nach Frankfurt. Nach sechsjähriger Tätigkeit übernahm er dort das Amt des Präsidenten und behielt es 15 Jahre bis zum Jahr 2001 inne. Dort waren seine organisatorischen Fähigkeiten offensichtlich so geschätzt, dass er bereits während der letzten fünf Jahre seiner Tätigkeit als Präsident des PEI auch kommissarischer Leiter und ab 2001 Präsident des Robert Koch-Instituts wurde. Letzteres übernahm er und blieb der Präsident des Institutes bis zu seiner Emeritierung im Februar 2008.

Die Liste seiner wissenschaftlichen Preise und anderen Auszeichnungen ist außerordentlich lang und ehrenvoll. Noch relativ am Beginn seiner wissenschaftlichen Karriere erhielt er den Wilhelm-Warner-Preis für Krebsforschung der Wilhelm-Warner-Stiftung und der Universität Hamburg. Danach kamen noch zahlreiche Preise für seine Forschung über humanpathogene Tumoviren, über die Virussicherheit von Blutprodukten und über die wissenschaftlichen Erfolge in der AIDS-Forschung hinzu. In diesem Zusammenhang ist auch der Deutsche AIDS-Preis im Jahre 1996 der Deutschen AIDS-Stiftung eine besondere Erwähnung wert. Ebenfalls besonders herausheben möchte ich die Nominierung als „Member, Caring Physicians of the World 2005“ des Weltärztebundes und die Auszeichnung mit der „Kitasato Microbial Chemistry Medal“. Das große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Charité, die gewählte Mitgliedschaft in der

Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina kamen in den letzten Jahren hinzu. Jetzt auch die Georg-Klemperer-Medaille der Ärztekammer Berlin.

Die Ärztekammer Berlin ehrt mit der Georg-Klemperer-Medaille Menschen, die sich in besonderer Weise um das Wohl der Patientenversorgung in Berlin verdient gemacht haben. Prof. Dr. Reinhard Kurth hat nicht qua Amt, sondern durch eine lebenslange Leistung bewiesen, dass er in großer Offenheit, wissenschaftlicher Genauigkeit, Ausdauer und Wertschätzung im Umgang nicht nur die Inhalte des Fachs der Virologie voranzubringen in der Lage war, sondern er hat frühzeitig Verantwortung in Einrichtungen des Bundes übernommen und wesentlich zur soliden und hochwertigen Arbeit beigetragen. Dazu zählen insbesondere seine Zeit als Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts, des Robert-Koch-Instituts und auch seine Zeit als kommissarischer Leiter des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte. Reinhard Kurth verkörpert in besonderer Weise die Ideale, für die wir uns mit der Georg-Klemperer-Medaille bedanken möchten: Wahrhaftigkeit in der inhaltlichen Arbeit, Offenheit gegenüber Neuem und Wertschätzung und Toleranz gegenüber Anderen, auch Andersdenkenden.

Lieber Herr Prof. Kurth, Sie haben über Jahre und Jahrzehnte hinweg eine beispiellos gute Arbeit und – vor allem – auch ein sehr gutes Vorbild für ärztliche Haltung abgegeben. Die Ärztekammer Berlin bedankt sich bei Ihnen, aber auch bei Ihrer lieben und hochgeschätzten Frau Bärbel-Maria Kurth, ohne die die Verwirklichung in der Arbeit, aber auch im wahren Leben, nicht möglich wäre.“

Dr. med. Günther Jonitz  
Präsident der Ärztekammer Berlin

# Ein Abschiedsvortrag

Als Facharzt an den DRK-Kliniken Berlin habe ich mich für den Erhalt der Qualitätssicherung und bessere Arbeitsbedingungen eingesetzt. Wegen dieses Engagements musste ich die Kliniken gegen meinen Willen und den Wunsch meines Kollegiums verlassen. Eine zuvor zugesagte Vertragsverlängerung wurde mir nicht gewährt.

Von Moritz Peill-Meininghaus

Die Generation junger Ärzte, ist im Vergleich zum hierarchisch geprägten Berufsbild früherer Tage anders sozialisiert und orientiert.

Diesen Umstand müssen die leitenden Ärzte, die Geschäftsführungen (GF) sowie die jeweiligen Vorstände und Gesellschafter der Kliniken akzeptieren und entsprechende Konsequenzen daraus ziehen. Anderenfalls wird meiner Meinung nach die Demotivation mit dem daraus resultierenden Ärztemangel unaufhaltsam zunehmen.

Fachkompetenz und operatives Know-how sind für heutige Führungskräfte im Gesundheitswesen nicht mehr ausreichend.

Soziale Kompetenz und vor allem ein reflektiertes Führungsverständnis für teamförmige Abteilungsstrukturen sind gerade in der aktuellen Situation eine Grundvoraussetzung.

Der „Mitarbeiter von heute“, möchte auf Vorgesetzte und Geschäftsführungen treffen, die ein zeitgemäßes Führungshandwerk, also einen partizipativen und kooperativen Führungsstil verstehen und leben.

Drei Dimensionen möchte ich erläutern, die beeinflussen, ob in einer Klinik von Seiten der GF als auch von den leitenden Ärzten eine Führung praktiziert wird, die langfristig auf allen Ebenen gewinnbringend ist.

## 1. Werte und Haltungen

Hier geht es vor allem darum, welcher „Geist des Hauses“ in einem Unternehmen herrscht.

Mitarbeiter einer Klinik wollen eine möglichst große Kongruenz zwischen ihren eigenen Handlungsmaximen und den gelebten Werten in ihrer eigenen Klinik spüren.

Werden die Abweichungen zwischen dem Unternehmensleitbild auf Transparenten in der Eingangshalle oder in Hochglanzbroschüren und den eigenen Erfahrungen im Alltag zu groß, so reagieren die Mitarbeiter mit ironischen Untertönen und Sarkasmus. „Keine Sorge, wir arbeiten hier nach der Philosophie – Menschen für Menschen – aber wir Mitarbeiter sind eben keine Menschen!“

Mitarbeiter aller Berufsgruppen (Ärzte und Pflege) nehmen sehr sensibel wahr, welcher Führungsstil aus der Leitungs ebene gewünscht und welcher von den Repräsentanten selbst praktiziert wird. Menschen lernen am Vorbild.

## 2. Geklärte Rollenbeziehungen

Oft sind die Rollen im Klinikalltag nicht ausreichend geklärt. Hieraus resultieren Konflikte, die meist als individuelle Beziehungsstörungen personalisiert werden.

Wenn sich leitende Ärzte und die GF heute in ihren Erwartungen und in ihrem Handeln gegenüber den jüngeren Ärzten an den klassischen Rollenmustern orientieren, sind Konflikte nahezu vorprogrammiert. Man wird sich nicht verstehen und sich nicht gegenseitig helfen.

Auf kurze Sicht hat der Vorgesetzte aufgrund seiner Position einen gewissen Machtvorteil. Langfristig lässt sich die Loyalität der Mitarbeiter, auf die man angewiesen ist, aber nicht erzwingen. Eine

solide Basis für Einfluss und letztlich auch Macht haben ein Vorgesetzter oder die GF nur, wenn die Mitarbeiter sich mit Ihren Handlungen und Entscheidungen, also Ihrer „Rolle“ identifizieren können.

Das hängt ab von der Art und Weise, wie die Vorstellungen und Interessen der Mitarbeiter in das Führungshandeln einbezogen werden. Aus diesem Grund die folgende Dimension:

## 3. Wertschätzende Kommunikation

Dazu gehören Grundlagen der zwischenmenschlichen Kommunikation und die Haltung, den Menschen gegenüber als gleichwertigen Partner im Gespräch anzuerkennen.

Der Grad der Kommunikationskultur in einem Unternehmen lässt sich daran messen, inwieweit die Kunst der Metakommunikation praktiziert wird.

Anzeichen dafür ist die Verbreitung der Fähigkeit, sich ohne große Umstände wechselseitig ein Feedback zu geben, das nicht bewertet, sondern verdeutlicht, welche Wirkungen ein bestimmtes Handeln/Verhalten hat und fragt, ob das so gewollt war.

Die Führungskraft bekommt dann von couragierten Mitarbeitern ein Wirkungsfeedback zum eigenen Leitungsstil. Wer als Führungskraft über die nötige Souveränität verfügt, kann davon nur profitieren.

Ich habe den Vortrag abgewandelt aus Texten von Herrn Jens Hager van der Laan und Frau Dr. Ulrike Schlein, die als Coaches für Klinikvorstände und leitende Ärzte tätig sind<sup>1</sup>.

Dr. med. Moritz Peill-Meininghaus, MBA

*Der Autor ist Facharzt für Anästhesiologie und hat bis Ende März 2010 in den DRK Kliniken Berlin gearbeitet. Er war einen Tag Betriebsratsmitglied und wollte sich zum Betriebsratsvorsitzenden wählen lassen.*

<sup>1</sup> U. Schlein, J. Hager van der Laan: Fachkompetenz und operatives Know-how reichen nicht mehr aus für die Weiterbildungsermächtigung, in „Der Chirurg“ BDC 12 · 2009, S.660-663

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

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

| Termine  | Thema / Referenten   | Veranstaltungsort   | Information/ Gebühr   | Fortbildungspunkte  |
|--|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 06.09.-15.09.2010 (Kursteil A1)</li> <li>15.09.-24.09.2010 (Kursteil A2)</li> </ul>   | <b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>   | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1215<br>E-Mail: fb-aag@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr:<br>Kurs A: 960 €<br>Kursteile A1, A2: 480 €      | 60 P pro Kursteil   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 25.09.2010</li> </ul>   | <b>Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung</b>                               | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1215<br>E-Mail: fb-aag@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr: 135 €  | 9 P   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 28.10.-30.10.2010</li> </ul>  | <b>Patientensicherheit lernen - Intensivseminar Fallanalyse</b><br>(weitere Informationen s. S. 27)                        | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1205<br>E-Mail: a.hofmann@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr: 530 €   | 27 P  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 29.10.-30.10.2010</li> </ul>  | <b>Qualifizierung für Transfusionsbeauftragte und Transfusionsverantwortliche</b>  | Langenbeck-Virchow-Haus, 1. Etage, Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin               | Information: Tel.: 40806-1401<br>E-Mail: r.drendel@aekb.de<br>Anmeldung:<br>h.daehne-noack@blutspende.de<br>Teilnehmergebühr: 150 €                     | 16 P  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 01.11.-10.11.2010 (Kursteil B1)</li> <li>10.11.-19.11.2010 (Kursteil B2)</li> </ul>   | <b>Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin</b>   | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1215<br>E-Mail: fb-aag@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr:<br>Kurs B: 960 €<br>Kursteile B1, B2: 480 €      | 60 P pro Kursteil   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Teil A: 12.11.-13.11.2010</li> <li>Teil C: 14.01.-15.01.2011</li> <li>Teil B: 11.02.-12.02.2011</li> <li>Teil D: 11.03.-12.03.2011</li> </ul> | <b>Suchtmedizinische Grundversorgung, zum Erwerb der Zusatzweiterbildung</b>   | DRK Kliniken Berlin Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin              | Information: Tel.: 40806-1301 und 40806-1303<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr 135 € je Kursteil, Ermäßigungen auf Anfrage                  | 15 P pro Teil   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 22.11.-24.11.2010</li> </ul>  | <b>Grundkurs im Strahlenschutz</b>   | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1215<br>E-Mail: fb-aag@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>Teilnehmergebühr: 250 €  | 21 P  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 24.11.-26.11.2010</li> <li>26.11.2010</li> <li>26.11.2010</li> </ul>  | <b>Spezialkurs im Strahlenschutz</b><br>- bei der Röntgendiagnostik<br>- bei CT<br>- bei interventioneller Radiologie (IR) | Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin | Information: Tel.: 40806-1215<br>E-Mail: fb-aag@aekb.de<br>Anmeldung erforderlich<br>TN-Gebühr:<br>Spezialk.Rö-diag: 220 €<br>Spezialkurs CT / IR: 70 € | 20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik)<br>5 P (Spezialkurs CT und IR) |

Gemeinsame Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und SIGNAL e.V. / Fortbildung im Rahmen des Modellprojektes „Medizinische Intervention gegen Gewalt“

## Brücken bauen – Kinderschutz und häusliche Gewalt

Das Ziel der Fachtagung ist es, für Schwangerschaft und Geburt als vulnerable Phase von Gewalt in Partnerschaften zu sensibilisieren, die Chancen von Prävention und Intervention zu stärken und die Vernetzung der ambulanten Versorgung mit Unterstützungsangeboten wie Frühe Hilfen, Kinderschutz, Elternschutz zu fördern.

Fachvorträge zu folgenden Themenschwerpunkten:

- Ausmaß und Auswirkungen von häuslicher Gewalt auf Kinder
- Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern
- Kindesmisshandlung erkennen und handeln

Drei vertiefende Workshops:

- Das Elterngespräch: Vermittlung von Interventionskompetenz bei häuslicher Gewalt und Kindeswohlgefährdung
- Risikoeinschätzung – Kinderschutz-Hotline: Vernetzung und Kooperation verschiedener Berufsgruppen, Schnittstellen klären
- Intervenieren bei Belastung durch Gewalt: Effektive Interventionsschritte

**Termin:** 15.09.2010; 17:00-20:30 Uhr

**Ort:** Rathaus Schöneberg, John-F. Kennedy-Platz, 10820 Berlin

**Nähere Infos:** SIGNAL e.V., Rungestr. 22–24, 10179 Berlin, Tel.: 246 30 579

## Impfungen in der Praxis

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

**Termin:** Sonnabend, 30.10.2010, 9.00 - 17.30 Uhr

**Kursleitung:** Dr. med. Christian Schönfeld (Institut für Tropenmedizin, Berlin)

**Kursgebühr:** 100 Euro (inkl. Verpflegung) 10 Fortbildungspunkte

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Anmeldung:** Ärztekammer Berlin (Tel.: 40806 1215, Fax: 40806 55-1399, E-Mail: fb-aag@aekb.de)

## Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten „gut“ zu überbringen

Jeder Arzt, jede Ärztin kennt das mulmige Gefühl, Patienten eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Widerstreitende Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind spürbar, je stärker umso schlechter die Nachricht und umso jünger die Patientin/der Patient ist. Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient, gerade in kritischen Situationen, hat jedoch eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen.

„Breaking bad news“ ist erlernbar und eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation ist nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern genauso für uns Ärzte und das Team. Im Zentrum des Kurses steht die aktive theoretische und praktische Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten. An Hand von vorgegebenen Fällen werden Gespräche in praktischen Übungen mit trainierten feed-back gebenden Simulationspatienten geübt und bearbeitet.

**Termin:** Freitag 26.11.2010 – Samstag 27.11.2010

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Bitte melden sie sich an bei: i.wegner@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 begrenzt)

## Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass aus mehreren kritischen Ereignissen schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit reduziert werden, dass sich Zwischenfälle wiederholen?

Die ÄKB bietet gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit das Seminar „Fallanalyse“ an. Ziel des Seminars ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln. Sie lernen aufgetretene Fehler und Schadensereignisse zu analysieren und die Ergebnisse zu kommunizieren.

Anhand von Kurzvorträgen werden die theoretischen Grundlagen und Konzepte der Fehlerentstehung vorgestellt. Mit Fallbeispielen wird die Technik der Prozessanalyse /Systemanalyse (root cause analysis) eingeübt. Besonderer Wert wird dabei auf die Betrachtung der Organisationsfaktoren von Sicherheitskultur, Arbeiten im Team, Kommunikation, Gestaltung von Arbeitsabläufen u. a. gelegt.

Dieser Kurs bietet keine Einführung in CIRS, sondern befasst sich mit Methoden und Hintergrundwissen zur Analyse von schweren Zwischenfällen und Unfällen.

**Das Intensivseminar richtet sich an alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen.**

**Termin:** Donnerstag 28.10.2010 – Samstag 30.10.2010

**Ort:** Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin, Tel. 40806-1205

Bitte melden Sie sich an bei: a.hofmann@aekb.de

Teilnehmergebühr: 530 EUR, 27 Fortbildungspunkte

(Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt)

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

## Blutgerinnung – Workshop für Ärzte und Apotheker

Seit Jahrzehnten gibt es für Patienten mit Thromboembolie-Risiko (z.B. bei tiefen Beinvenenthrombosen, Vorhofflimmern, künstlichen Herzklappen) die Möglichkeit, mit Hilfe von Vitamin-K-Antagonisten dieses Risiko deutlich zu senken. Die Vitamin-K-Antagonisten (hier Cumarinderivate) gelten allerdings als Arzneimittelgruppe mit geringer therapeutischer Breite. Das bedeutet für die Patienten, dass sie im Rahmen der Therapie eine Reihe von Aspekten beachten müssen, um eine optimale Therapie zu erfahren.

Der Workshop erläutert die theoretischen Vorgaben zu diesen Wirkstoffen und praktische Verhaltensmaßnahmen für die Patienten. Ebenso werden neue Substanzen vorgestellt, die möglicherweise in der Lage sind, die Cumarinderivate künftig abzulösen.

Das Themenspektrum wird mit Ärzten und Apothekern erörtert und Ansätze der Zusammenarbeit diskutiert.

**Referenten:** Dr. med. Peter Klein-Weigel (Chefarzt der Klinik für Angiologie und kardiovaskuläre Frührehabilitation der DRK Kliniken Berlin/Köpenick und DRK Kliniken Berlin/Mitte; Dr. Alfred Goldinger (Apotheke des Klinikums der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz); Moderator: Dr. med. Matthias Brockstedt

**Termin:** 25.09.2010, 15.00 – 18.30 Uhr

**Ort:** Ärztekammer Berlin; Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

**Anmeldung erforderlich:** Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1207, E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de

**Teilnehmergebühr:** 50,00 EUR; 4 Fortbildungspunkte

**www.berliner-aerzte.net**

# Mehr Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie!

**Nur die Hälfte der Patienten hält sich korrekt an die Arzneimittelverordnung. Auch das Verschreiben selbst und die Anwendung von Medikamenten im Krankenhaus sind fehlerträchtig. Das heißt: Außer den unerwünschten Wirkungen, die einer Substanz immanent sind, gibt es jede Menge vermeidbarer Risiken bei der Behandlung mit Medikamenten. Deshalb nehmen Ärzte und Apotheker seit einigen Jahren die Arzneimitteltherapiesicherheit kritisch unter die Lupe. Der „Deutsche Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie“ fand nun zum dritten Mal statt, und erstmals in Berlin. Zur Sprache kamen zum einen diverse häufige Fehlerquellen, zum anderen verschiedene Maßnahmen, die Arzneimitteltherapie für die Patienten (und auch den haftenden Arzt) sicherer zu machen.**

„Wir kommen nicht weiter, wenn der eine weiß, was der andere tun soll und der dritte bezahlen muss“, sagte Berlins Kammerpräsident Günther Jonitz. „Wir müssen anfangen!“ Der Anfang ist gemacht – gemeinsam: Zu diesem dritten Kongress taten sich zusammen: Das Bundesgesundheitsministerium, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, die Stiftung Universitätsmedizin Essen und das Institut für Arzneimittelsicherheit am Klinikum Saarbrücken, dessen Leiter Daniel Grandt Kongresspräsident war. Einige der hier thematisierten „diagnostischen“ Hinweise und Befunde zur Arzneimitteltherapie(un)sicherheit:

Mindestens 43.000 Patienten, vielleicht auch doppelt so viele, starben in amerikanischen Krankenhäusern jährlich durch vermeidbare Medikationsirrtümer – eine Zahl, an die jetzt Christopher Roy (Boston) erinnerte. Sie stammt aus dem Report des US-„Institute of Medicine“, der 1999 Furore machte und der medizinischen Welt den Anstoß zur systematischen Fehlerfahndung und einer neuen „Sicherheitskultur“ gab.

## Wer ist besonders gefährdet?

Wir sind aber erst am Anfang, und es bleibt noch viel zu tun, zum Beispiel in der Chirurgie, auch in Deutschland. Chirurgen seien auf alte multimorbide Patienten mit notwendiger Dauermedi-

kation nicht vorbereitet. Als Beispiel nannte Roy den Diabetiker, der nach einer Knieoperation drei Tage lang kein Insulin bekommen hatte. Für den Operateur war er, frei nach Morgenstern, „ein Knie, sonst nichts“. Endlich roch jemand seine Ketoazidose.

Kinder, Alte, Frauen (vor allem schwangere) und Multimorbide sind durch eine fehlerhafte, weil nicht angepasste medikamentöse Therapie am meisten gefährdet, hieß es bei der Tagung.

*Risiko Alter:* Jeder zweite über 80-Jährige hat eine eingeschränkte Nierenfunktion – häufigster Grund für die Notwendigkeit einer niedrigeren Dosierung. Aber zwei von drei anzupassenden Arzneimitteln werden bei Niereninsuffizienten noch immer zu hoch dosiert, wie Grandt als Ergebnis von Studien mitteilte.

*Risiko Multimorbidität:* Dagegen ist kein Kraut, sprich: keine Leitlinie gewachsen, weshalb es zu einer lebhaften Diskussion kam. Was soll der Hausarzt tun, wenn der Patient mit zwölf verschiedenen Arzneimittelempfehlungen entlassen wird? „Prioritäten setzen“ ist leicht gesagt. „Wir müssen als Hausärzte dafür sorgen, dass der Patient möglichst wenig einnimmt, aber das Essenzielle“, sagte der Griesheimer Internist Hans Harjung. Aber den Patienten selbst ist häufig etwas ganz anderes am wichtigsten als ihren Ärzten, gab die Klinische Pharmakologin Petra Thürmann (Wuppertal) zu bedenken.

Deshalb sehen sich Kliniker, die den Patienten kaum kennen, auch nicht in der Lage, die für ihn richtige Auswahl unter all den „leitliniengerechten“ Mitteln zu treffen, wie Hausarzt Harjung es gern hätte. Der Suhler Klinikchef Werner Haberbosch aber empfahl, recht radikal, Auslassversuche – auch gegen den Widerstand des Patienten. „Weglassen – damit wurden schon Wunderheilungen vollbracht!“

*Risiko Schwangerschaft:* Neben Thalidomid ist eine ganze Reihe von Substanzen mit hohem teratogenen Potenzial bekannt, etwa die Sartane, die zunehmend zu Embryopathien führen, die Valproinsäure als Antiepileptikum mit dem größten Risiko (von der Pubertät an sollten Mädchen umgestellt werden) oder die Retinoide, zum Beispiel Isotretinoin, das oft gegen Akne angewandt wird. Einen Monat vor einer möglichen Konzeption ist es abzusetzen, aber dieses Verbot wird nicht befolgt, sagte Christoph Schaefer, Leiter des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie in Berlin. Selbst ein Drittel der Frauen aus Gesundheitsberufen hätten unter dieser Medikation nicht verhütet. Andererseits führe die Angst ums Ungeborene auch zu Fehlentscheidungen: Manche Frauen ließen in der Schwangerschaft gleich alle Medikamente weg – zu Unrecht.

## Welche Mittel sind besonders fehlerträchtig?

Wer Therapiefehler vermeiden will, sollte nicht nur die sensiblen Patientengruppen, sondern auch die Substanzen mit den größten Anwendungsrisiken kennen. Dazu gehören Mittel, die bei unterschiedlichen Indikationen verschieden dosiert werden, Kombinationspräparate, Medikamente mit besonderen Applikationsarten (Heparin wurde schon tausendfach überdosiert!), mit geringer therapeutischer Breite, hoher Toxizität, großem Interaktionspotenzial; ferner neue Präparate, Mittel, die für Kinder gefährlich sind, Medikamente, die eine individuelle Dosisanpassung erfordern, solche, die das Blutungsrisiko (vor allem bei Operationen) erhöhen und solche, die leicht mit anderen zu verwechseln sind.

Diese Leporelloliste stammt von Torsten Hoppe-Tichy, Apothekenleiter im Uni-Klinikum Heidelberg und Mitglied der Arbeitsgruppe Arzneimittel im „Aktionsbündnis Patientensicherheit“. Er wies aber darauf hin, dass alle diese Risiken beherrschbar sind, wenn man nur will, das heißt, sich die Kompetenz erwirbt, adäquat damit umzugehen.

Über häufige Medikationsfehler von Patienten oder Ärzten berichtete Grit Berger, Leiterin des vierköpfigen Teams in der Apotheke der Zentralklinik Bad Berka, wo die pharmazeutische Arzneimittelanamnese eingeführt wurde. Viele Patienten schlucken ihren Blutdrucksenker nur „bei Bedarf“, andere kennen ihre (häufig wechselnden) Medikamente gar nicht, nehmen Retard-Präparate „dreimal täglich“, erkennen Doppelverordnungen derselben Substanz durch verschiedene Ärzte wegen der unterschiedlichen Handelsnamen nicht. Manche bekommen ein unzureichendes Mittel, bei NSAR wird der nötige Magenschutz vergessen oder es wird nicht auf Interaktionen geachtet, stellte man bei den anamnestischen Befragungen fest.

Irrtümer kommen auch im Krankenhaus vor: Fast neun Prozent aller Verordnungen erwiesen sich in einer BMG-geförderten Studie als fehlerhaft, berichtete Grandt. Selbst Chefärzte machten bei 5,7 Prozent



Foto: Iris Maurer

Prof. Dr. med. Daniel Grandt

aller Verordnungen Fehler. Der größere Teil der relevanten Nebenwirkungen wurde bei der Aufnahme übersehen, die Dosierung war zu niedrig oder zu hoch, jeder zehnte Patient erhielt in der Klinik ein neues überflüssiges Mittel oder bekam ein notwendiges nicht. Von den „unerwünschten Ereignissen“ (Adverse Events) nach der Entlassung war die Hälfte vermeidbaren Arzneimittelschäden zuzuschreiben.

Auch die Selbstmedikation bringt immer mehr Risiken, weil viele potente Mittel aus der Rezeptpflicht entlassen wurden, 2009 u.a. Omeprazol und das Migränemittel Almotriptan, das bei zu häufiger Anwendung Dauerkopfschmerz auslösen kann. 38 Prozent aller Arzneimittelpackungen sind heute ohne Verordnung zu haben, aber nur jeder zweite Arzt frage seine Patienten, was sie denn von sich aus noch nehmen, ergab ein ABDA-Survey, über den Christine Eickhoff (Berlin) berichtete. 40 Prozent der befragten Patienten halten rezeptfreie Medikamente (die sie oft zu hoch dosieren) für zu „schwach“, um riskant zu sein. Aber NSAR zum Beispiel können sogar zur Einweisung führen.

### Viele Wege führen zu mehr Sicherheit

Soweit die „Diagnose“: Arzneimitteltherapie-Unsicherheit im fortgeschrittenen Stadium. Und die „Therapie“ dieses höchst unbefriedigenden Status quo? Die muss zum einen gut fundiert sein, also braucht es Versorgungsforschung. Jonitz forderte mehr Ressourcen, um beispielsweise Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie zu erforschen und nach Möglichkeit positiv zu beeinflussen. Und die Wissenskette müsse dann bis zum Landarzt, auch bis



Foto: Rähse

Dr. med. Günther Jonitz

zum Patienten und wieder zurück reichen, das heißt: Erfahrungen aus dem Alltag systematisch sammeln und in die Forschung einspeisen.

Zum anderen wird mit ganz simplen Maßnahmen vielerorts schon begonnen, etwa mit der Farbkennzeichnung von Substanzen in Spritzen (z.B. „Elektrolyte immer grün“). Dazu Grandt: „Man kann also sehr schnell etwas einführen, was den Patienten sofort nützt.“ Zum dritten bringt eine bessere Zusammenarbeit aller Beteiligten deutlich mehr Sicherheit in die medikamentöse Therapie. So wurde vorgeschlagen, Klinik- und Hausärzte sollten die Entlassungsmedikation gemeinsam festlegen; und Ärzte – das wünschten sich die Apotheker – sollten den Sachverstand der klinischen Pharmazeuten gern in Anspruch nehmen, statt – wie aus einer Klinik berichtet – die Kooperation abzulehnen, weil Pharmazeuten „sich nicht in ärztliche Belange einzumischen hätten“.

ANZEIGE

## Gemeinsamer Aktionsplan

Auf einer „Hochebene“ findet die Kooperation aller Beteiligten bereits seit Jahren statt. Walter Schwerdtfeger, Ministerialrat im Bundesministerium für Gesundheit, stellte jetzt den zweiten „Aktionsplan zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland“ vor. Es ist ein Plan seines Ministeriums, aber um die einzelnen, dort formulierten Aufgaben zu erfüllen, wurde eine Koordinierungsgruppe etabliert, die bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft angesiedelt ist. Ihr gehören neben Vertretern der Ärzte, Apotheker und Patienten auch Mitglieder des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ und Mitarbeiter des Gesundheitsministeriums an.

Die Handlungsbereiche des ersten Aktionsplan (2008/9) bleiben laut Schwerdtfeger auch die Schwerpunkte des zweiten (2010-12):

1. Etablierung einer Sicherheitskultur
2. Verbesserung der Informationen über Arzneimittel
3. Entwicklung und Implementierung von Strategien zur Risikovermeidung
4. Initiierung von Forschung im Bereich der AMTS
5. Organisation des Umsetzungsprozesses

Von 49 Einzelmaßnahmen des ersten Plans sind 31 abgeschlossen, zum Beispiel solche, die eine bessere Information anstreben: Ein Merkblatt des Ministeriums für Patienten, „Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie“ ([www.ap.amts.de](http://www.ap.amts.de)), wurde von vielen Akteuren erarbeitet, darunter die KBV (Auflage 3,5 Millionen). Dort wird u.a. empfohlen, immer eine Liste aller derzeit angewandten Medikamente, auch der ohne Verordnung beschafften, in die Arztpraxis und in die Apotheke mitzunehmen, sich genau an die Anwendungshinweise zu halten, wenn nötig nachzufragen und neu auftretende Beschwerden dem Arzt mitzuteilen; es könnte sich ja um Neben- und Wechselwirkungen handeln. Weitere Merkblätter sind zu einzelnen risikoreichen Arzneimitteln wie zum Beispiel Antikoagulanzen geplant.



Prof. Dr. med. Petra Thürmann

Ferner wurde die Datenbank des Paul Ehrlich-Instituts zu unerwünschten Wirkungen von Impfungen im Internet öffentlich zugänglich gemacht ([www.pei.de](http://www.pei.de)). Und die wissenschaftlichen Daten zur Arzneimitteltherapie in Schwangerschaft und Stillzeit des schon erwähnten embryotoxischen Beratungszentrums (Spandauer Damm 130, Haus 10) sind jetzt ebenfalls allgemein zugänglich ([www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)). Auch können sich die Frauen im Zentrum individuell beraten lassen. Gegen fast alle Krankheiten gebe es Mittel, die auch von Schwangeren genommen werden können, teilte Zentrumsleiter Schaefer mit. Dem Beipackzettel sei das nicht zu entnehmen.

## Kooperation und Information...

Ein paar der von Schwerdtfeger hervorgehobenen Teilziele des neuen Aktionsplans waren auch Thema von Vorträgen und Diskussionen des Kongresses: Die bessere Kooperation von Ärzten und Apothekern, die standardisierte Arzneimittelanamnese, die in manchen Krankenhäusern schon von den klinischen Pharmazeuten erfolgreich erhoben wird, die Analyse der defizitären Arzneimitteltherapiesicherheit in vielen Alters- und Pflegeheimen oder die besonderen Vorsichtsmaßnahmen, die bei der medikamentösen Behandlung im Alter zu treffen sind.

Hierzu kündigte Petra Thürmann noch für diesen Sommer die Publikation der „Priscus-Liste“ an, (priscus = lat. altehrwürdig). Das ist die, den deutschen Verhältnissen angepasste, Variante ausländischer Zusammenstellungen (wie der amerikanischen Beers-Liste) von Substanzen, die geriatrischen Patienten mit besonderer Vorsicht oder auch gar nicht verordnet werden sollten. 83 Wirkstoffe wurden nach einer zweistufigen Delphi-Befragung von Experten verschiedener Fächer als potenziell inadäquat, 46 als unsicher bewertet. Die lang erwartete Liste enthält auch Dosierungs- und Alternativ-Vorschläge. ([www.priscus.net](http://www.priscus.net))

## ...bringen messbare Erfolge

Einiges konnte hier zumindest erwähnt werden, vieles mehr ist im Gange, aber Wünsche bleiben offen. So das ausführliche Arzneimittelgespräch, das neben der Sicherheit auch die Zufriedenheit der Patienten fördert. Überdies dient es auch der Sicherheit des Arztes, denn oft werde vergessen, so hieß es, dass die Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken vor einer Medikation rechtlich ebenso zwingend ist wie vor einer Operation. Oder eine Patienteninformation, die von 2012 an in den USA Teil jedes Beipackzettels sein muss, was Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, auch für Deutschland fordert: Ein Kastentext, der kurz und bündig, allgemeinverständlich und in absoluten Zahlen den Nutzen eines Mittels seinen Risiken gegenüberstellt.

Zum Schluss eines von vielen auf diesem Kongress genannten Beispielen, die zeigen, dass sich die Bemühungen um mehr Arzneimitteltherapiesicherheit lohnen: Der Wiener Intensivmediziner Andreas Valentini teilte ein paar Ergebnisse einer prospektiven 27-Länder-Studie über Anwendungsfehler mit parenteralen Arzneimitteln in der Intensivmedizin mit. Bei 1328 Patienten passierten 860 Fehler (1,7 % tödliche), die meisten wegen Überlastung des Personals. Aber die aktive Fahndung und anonyme Meldung von (Beinahe-)Fehlern (CIRS) sowie ein Routine-Check bei jedem Schichtwechsel setzten die Fehlerquote um je 30 Prozent herab. R. Stein

# Neues Fehlerberichtssystem geht an den Start

Ein neues überregionales Fehlerberichtssystem für Krankenhäuser ist Anfang Juli an den Start gegangen. Unter [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) werden erstmalig bundesweit kritische Ereignisse veröffentlicht, die von überregionaler Bedeutung für die Patientenversorgung sind. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der Deutsche Pflegerat (DPR) starten mit dem Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland ein Projekt, das es allen Kliniken ermöglichen soll, aus den Fehlern anderer zu lernen.

Das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland ist fächer- und berufsgruppenübergreifend angelegt und richtet sich vor allem an Kliniken, die bereits ein hausinternes funktionierendes Fehlerberichtssystem betreiben. Diese können hier besonders wichtige oder lehrreiche Fälle zum gemeinsamen Lernen zur Verfügung stellen oder den Kommentar eines Fachexperten zu einem besonderen Fall erbitten. Aber auch die Qualitätsbeauftragten aus Kliniken ohne eigenes CIRS bzw. Mitarbeiter aus allen Bereichen des Krankenhauses können unter [www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de) berichten. KH-CIRS versteht sich dabei als Ergänzung zu bestehenden CIRS-Systemen wie CIRSmedical oder dem regionalen System CIRS-Berlin, die beide ebenfalls vom ÄZQ betrieben werden, letzteres mit zusammen mit der Ärztekammer Berlin.

Eingehende Berichte werden durch die zuständigen Mitarbeiter des ÄZQ anonymisiert und klassifiziert. Danach werden sie veröffentlicht. Die Projektträger haben eine Steuergruppe eingerichtet, die den Fachkommentar organisiert und die Klassifikation des Falls überprüft. Zudem soll regelmäßig ein „Fall des Monats“ veröffentlicht und bei Bedarf auf besonders relevante Gefahrensituationen hingewiesen werden.

Die Steuergruppe besteht aus Vertretern der Trägerorganisationen. Sie trifft sich circa alle drei Monate, entscheidet über die Klassifikation der Berichte und über die Vergabe der Fachkommentierung. Außerdem gibt es einen Fachbeirat. Er wurde im Jahr 2008 zur Unterstützung von CIRSmedical.de gegründet. Er besteht

derzeit aus 51 Vertretern aus 46 Fachgesellschaften, Berufsverbänden und weiteren Institutionen, welche unter [www.fachbeirat.cirsmedical.de](http://www.fachbeirat.cirsmedical.de) aufgelistet sind. Er unterstützt die Steuergruppe bei der Erstellung der Fachkommentare.

srd



Foto: Dieter Schütz, pixelio.de

## Weitere Informationen im Internet:

Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland  
[www.kh-cirs.de](http://www.kh-cirs.de)

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin  
[www.aezq.de](http://www.aezq.de)

Aktionsbündnis Patientensicherheit  
[www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de](http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de)

Deutsche Krankenhausgesellschaft  
[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

Deutscher Pflegerat  
[www.deutscher-pflegerat.de](http://www.deutscher-pflegerat.de)

Forum Patientensicherheit  
[www.forum-patientensicherheit.de](http://www.forum-patientensicherheit.de)

## Weitere CIRS:

[www.cirsmedical.de](http://www.cirsmedical.de)  
[www.cirs-berlin.de](http://www.cirs-berlin.de)  
[www.jeder-fehler-zaehlt.de](http://www.jeder-fehler-zaehlt.de)

ANZEIGEN

## Harald Dutz zum Gedenken

Professor Dr. med. Harald Dutz, Direktor der Medizinischen Universitäts-poliklinik Rostock (1958-1961) und der II. Medizinischen Klinik der Charité, Humboldt Universität Berlin (1962-1979), ist am 20. Mai in Berlin verstorben – ein Jahr nach seinem 95. Geburtstag. In ihm hatten viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen Chef und Berater, der eine vielseitig interessierte Persönlichkeit mit einer ungewöhnlichen interdisziplinären Autorität verband, die mit seiner eigenen Entwicklung ihren Ausgang hatte: Nach seiner Schulzeit in Berlin-Wilmersdorf, Studium der Humanmedizin an der damaligen Friedrich-Wilhelm-Universität sowie Promotion über Zystennieren war Harald Dutz 1939 bereits zum Kriegssanitätsdienst einberufen worden, den er bis 1945 im Westen, Südosten und Osten Europas ableistete, bis er in den Kreisen Freiberg (Sachsen) und Senftenberg (Brandenburg) seine zivile allgemein-praktische Tätigkeit aufnehmen konnte. Seine wissenschaftlichen Aktivitäten be-

gann er 1950 an der Charité, wo er bald darauf mit einem Thema über moderne Nierenfunktionsdiagnostik habilitierte und sich auch wissenschaftlichen Aufgaben, studentischer Ausbildung und ärztlicher Weiterbildung zuwenden konnte.

Seinem Beispiel folgten letztlich mehr als 50 Kolleginnen und Kollegen, indem sie sich auf folgenden Spezialgebieten habilitierten und dort vielfach auch zu Professoren und leitenden Ärzten ernannt wurden: in der klinischen und experimentellen Nephrologie, mit Entwicklung von Dialyseverfahren, Endoskopie und Biopsie sowie Nierentransplantation, in der klinischen und präventiven Kardiologie, Hypertensiologie und Angiologie, mit Entwicklung der hochspezialisierten Diagnostik und Therapie, von Nuklearmedizin und Nuklearkardiologie, Rehabilitation und Sekundärprävention, Computerisierung in der Labor- und Funktionsdiagnostik, von Diabetologie, Hepatologie, Physiotherapie,

Arbeitsmedizin, Herzkreislaufepidemiologie und Grundlagenforschung.

Neben medizinischer Betreuung, Lehre und Forschung waren für Harald Dutz stets auch Weiterbildungsaktivitäten Herzessache, zumal davon der Aufbau der Dispensairesysteme für Nieren-, Herz- und Hochdruckkrankheiten abhing. Zum Muster dafür wurden zunächst die an der Charité eingeführten Jahrestagungen für „Bezirks- und Kreiskardiologen“ (BKK), also für zukünftige, problemorientierte Berater in den Kommunen der Republik, auf die sich nicht nur wir universitären Internisten einzustellen hatten, sondern auch Pädiater, Radiologen, Chirurgen, Statistiker und Computerspezialisten. Dies stimuliert dann auch das Weiterbildungsengagement der essenziellen mittleren medizinischen Fachkräfte, wie MTA für Funktionsdiagnostik, Gemeindegewestern, Fürsorgerinnen, Intensivtherapie- und Dialyseschwestern, während mancher kommunale Kardiologe und Nephrologe zum aktiven Partner in der nationalen und internationalen Forschung wurde.

Professor Dr. med. Heinrich Günther

f e u i l l e t o n

## Muss Hygieia Trauer tragen?

Um 1900 hatte die Wiener Universität Gustav Klimt beauftragt, für die Aula Allegorien der Fakultäten zu malen. Der Medizin ordnete der Sezessionskünstler Hygieia zu, Tochter des Asklepios und Göttin der Gesundheit. Die Professoren waren entsetzt – zu modern, zu freizügig; Hygieia und ihre Schwestern: abgelehnt. An diese Affäre erinnerte der Hygieniker Dieter Bitter-Suermann, Präsident des medizinischen Fakultätentages wie auch der medizinischen Hochschule Hannover, einer der prominenten Redner zum Jubiläum:

Vor 125 Jahren wurde Hygieia Stieftochter der Alma mater berlinensis. Die Ablehnung des allegorischen Bildes ist selber eine Allegorie. Wie die Reden und die faktenreiche Festschrift zeigten, hatte es die Hygiene bei den akademischen Äskulapjüngern in Berlin von Anfang an schwer. Der erste deutsche Hygienelehrstuhl stand nicht etwa in Berlin, sondern – für Max von Pettenkofer – in München; schon 20 Jahre lang, als 1885 schließlich für Robert Koch das „Hygienische Institut“ der Friedrich-Wilhelms-Universität gegründet wurde. Das erwähnte der Präsident der

Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie Jürgen Heesemann, der das nach Pettenkofer genannte Münchner Institut leitet (mit einer Hygieia-Figur vor der Tür). Ein bisschen „Bayern-gegen-Preußen“-Gefrotzel musste sein: „Bayern war früher dran!“

In Berlin wehrte sich die Fakultät mit allen Kräften gegen das neue Fach, Meinungsführer Virchow an der Spitze. Sogar im Preußischen Landtag wettete er gegen eine selbstständige Disziplin Hygiene; sie solle von den wirklich wissenschaftlichen Fächern mitvertreten werden. Dem Kultusminister Goßler und seinem Ministerialrat Althoff gelang die Institutsgründung jedoch auf einem Umweg. Aus der

populären Berliner Hygieneausstellung von 1883 sollte ein ständiges Museum werden. Dem stimmte die Fakultät schließlich zu. Aber zu den Aufgaben des ihr aufgenötigten „Hygienischen Instituts“ gehörten neben der Obhut fürs Museum auch Lehre und Gutachtertätigkeit.

Was der Hygiene außerdem die Akademisierung erleichterte, war der frische



Fotos: Charité

Portal des alten Institutssitzes, Dorotheenstraße

Ruhm und der Reduktionismus Robert Kochs, der zum ersten Direktor des Instituts berufen wurde. Anders als Pettenkofer, der Hygiene umfassend als Lehre von der öffentlichen Gesundheitspflege (heute: international „Public Health“) verstand, interessierte Koch sich nur für den Erreger, nicht für den Wirt, dessen Konstitution und natürliche wie soziale Umwelt. Diese (scheinbar) klare Kausalität in Kochs Denken verschaffte der Hygiene in Gestalt der (später sich ausgliedernden) Mikrobiologie die Akzeptanz der – einseitig naturwissenschaftlich ausgerichteten – Medizinischen Fakultät.

All dies haben Judith Hahn, Ulrike Gaide und Marion Hulverscheidt im Text der reich illustrierten Festschrift „125 Jahre Hygieneinstitute an Berliner Universitäten“ (ISBN 978-3-00-031393-6) mitsamt der komplizierten Geschichte sehr detailliert herausgearbeitet. Der Antagonismus

in der Hygienewissenschaft klang auch in den Vorträgen an, in denen die externen Redner immer wieder das anhaltende internationale Renommee der Berliner Fachvertreter hervorhoben.

Gleichfalls gegen den Widerstand der Fakultät, aber auf Betreiben des damaligen Institutsleiters Carl Flügge, wurde 1920 durch die Berufung von Alfred Grotjahn auf eine eigene Professur die Sozialhygiene gestärkt. Und heute? Die Abstoßungsreaktion ist offenbar ein Kontinuum. Jetzt wird Hygieia aus ganz neuen und banalen Gründen vor die akademische Tür gesetzt: sie bringt nichts ein. Einzig die Krankenhaushygiene wird, als unmittelbar für die Versorgung nützlich, nicht wegrationalisiert.

„Die Hygiene ist Verlierer an den medizinischen Fakultäten“, sagte Bitter-Suermann. Nur acht der 38 Hygieneinstitute existieren noch, die meisten sind „rückstandslos verschwunden“, einige wurden in die mikrobiologischen Institute eingegliedert. Oft aber wurde die Diagnostik „outgesouced“, und, so Bitter-Suermann, „nur mit Forschung und Lehre kann man ein Institut nicht mehr besetzen“. Der Vizepräsident des – gut mit den universitären Kollegen zusammenarbeitenden Robert Koch-Instituts, Reinhard Burger, hatte gerade betont, guter Nachwuchs sei „wichtig für das Überleben des Fachs“. Der Satz lässt sich wohl auch umkehren: Das Überleben des Fachs ist wichtig für guten Nachwuchs.

Die eigentlich wohl als Divermento gedachte Jubiläumsfeier fand, mit einigen dunkleren Tönen, im Robert Koch-Saal des noblen altpreußischen Klinkerbaus für die medizinischen Grundlagenwissenschaften in der Dorotheenstraße statt, wo Robert Koch im Physiologischen Institut seinen berühmten Vortrag über die Entdeckung

des Tuberkelbazillus 1882 gehalten hatte. Seit 1909 war der auf vielfache Weise wissenschaftsgeschichtsträchtige Bau einer der im Laufe der Zeit sechs verschiedenen Standorte des Hygieneinstituts. 2006 musste das von Ulf Göbel geleitete heutige „Institut für Mikrobiologie und Hygiene“ nach Steglitz umziehen: in den architektonisch spektakulären, aber genau auf seine Zwecke abgestimmten Neubau von Fehling und Gogel von 1974 (Hindenburgdamm/Ecke Krahermerstraße).

Errichtet wurde er für das FU-Hygieneinstitut, das dessen Direktor Henning Rüden später in „Institut für Hygiene und Umweltmedizin“ umnannte. Seine Nachfolgerin Petra Gastmeier, die den Schwerpunkt Krankenhaushygiene erfolgreich beibehält, teilt sich nun dieses Haus mit Göbel. Zur Jubiläumsfeier war man in der Dorotheenstraße gerade noch geduldet,



Institutsneubau (Ausschnitt), Hindenburgdamm

denn das heutige „Robert Koch-Forum“ hat die Charité „zur Erreichung des Flächenabbauziels“ an eine private Stiftung verkauft. Manfred Dietel, der im Namen des Charité-Vorstands ein Grußwort sprach, übte dann (ausdrücklich nur als Privatperson) Kritik daran, dass die Charité nicht einmal den Erlös dafür erhalten habe. Sie sei so dramatisch unterfinanziert, dass er sich frage, „wieweit das Klinikum noch in unserer ärztlichen Verantwortung getragen werden kann. Wir sind durchaus an einem kritischen Punkt“. – Muss auch Asklepios Trauer tragen?

R. Stein