

Qualifiziertes Assistenz- personal – gut für (niedergelassene) Ärztinnen und Ärzte



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Regine Held

ist im Vorstand der Ärztekammer Berlin zuständig für die Berufliche Bildung der Medizinischen Fachangestellten.

Der Begriff des Fachkräftemangels ist zum politischen Schlagwort in Deutschland geworden – wenige Nachrichtensendungen kommen ohne ihn aus. Auch in der Diskussion unter Kollegen sind wir rasch einig, dass die für die ärztliche Berufsausübung ungünstigen Rahmenbedingungen zu einem chronischen Ärztemangel führen werden. Und vielen ist die deutliche Zunahme honorarärztlicher Tätigkeit ein deutliches Anzeichen dafür, dass der ärztliche Arbeitsmarkt bereits kräftig in Unordnung geraten ist. Zu unseren Gunsten möchte man meinen: Die Nachfrage ist größer als das Angebot.

Aber wie sieht es bei den Medizinischen Fachangestellten aus, die unsere Arbeit begleiten, und auf die insbesondere die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen im Alltag der Praxis angewiesen sind. Ein Fachkräftemangel ist gegenwärtig nicht zu erkennen. Wird das so bleiben? Es ist die Eigenheit der Zukunft, ungewiss zu sein. Aber der Blick nach vorn ist erlaubt und geboten: Nach Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamtes wird die Zahl der 17- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2030 von ca. 8,5 Millionen auf ca. 6,5 Millionen und damit um über 20 % sinken. Wir dürften daher bereits mittelfristig Schwierigkeiten bekommen, offene Ausbildungsplätze zu besetzen. Wenn wir nicht zeitig gegensteuern, laufen wir Gefahr, dass wir den erforderlichen Personalstand in unseren Praxen nicht werden halten können. Der

Druck wird sich durch einen steigenden Bedarf an Arbeitskräften im Gesundheitswesen verschärfen. Wir selbst werden unser Assistenzpersonal zu unserer eigenen Entlastung perspektivisch stärker in unsere Kernleistungserbringung einbinden müssen, wenn wir uns gegen andere Berufe, die sich im medizinischen Bereich profilieren, erfolgreich behaupten möchten.

Doch wie gehen wir damit um, dass wir als Arbeitgeber künftig mehr Schwierigkeiten dabei haben werden, qualifiziertes Personal an uns zu binden? Wir werden aktiv um gute Mitarbeiter werben müssen und in die investieren, die bereits bei uns sind. Zu unseren notwendigen Investitionen gehört die Förderung der Fortbildung. Ihre Ärztekammer leistet dazu ihren Beitrag. Die Delegiertenversammlung hat auf Vorschlag des Vorstands am 23. Februar mit dem Beschluss der „Prüfungsordnung für die Durchführung von Fortbildungsprüfungen zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ den Grundstein gelegt, um in Berlin eine Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte zu etablieren.

Die bei der Bundesärztekammer entwickelte Qualifikation, die aus einem

Pflichtteil mit 300 Unterrichtsstunden und einem 120-stündigen Wahlteil besteht, wird mit Kammerprüfungen abgeschlossen und kommt in ihrem modularen Aufbau den Bedürfnissen Arbeitender entgegen. Mit der Fortbildung integral verzahnt sind 14 in sich geschlossene Lehrgänge, deren Spektrum vom „Ambulanten Operieren“ über die „Palliativversorgung“ bis zur „Elektronischen Praxiskommunikation und Telematik“ reicht. Es ist noch einiges zu tun: Berufsverbände und Bildungsanbieter, die die Inhalte vermitteln sollen, müssen aktiviert, Fortbildungsrichtlinien gefasst werden.

Der Berliner Ärztekammervorstand wird die Thematik vorantreiben und ist zuversichtlich, dass Ende des Jahres ein Fortbildungsrahmen für Medizinische Fachangestellte stehen wird. Er ist davon überzeugt, dass unter der Federführung der Ärzteschaft qualifiziertes Assistenzpersonal den Ärztinnen und Ärzten zum Vorteil gereichen wird. Die Frage, ob Ihnen die Investition in Ihr Personal in Ihrem persönlichen beruflichen Fortkommen weiterhilft, müssen Sie sich jedoch selbst beantworten. Darüber nachzudenken lohnt allemal!

Regine Held



**Berliner
Gesundheitspreis
2010**

TITELTHEMA.....



EDITORIAL.....

**Qualifiziertes Assistenzpersonal
– gut für (niedergelassene)
Ärztinnen und Ärzte**

Von Regine Held.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

**1961-2010: 50 Jahre elektronische
Krebsregistrierung im Gemein-
samen Krebsregister**

Informationen des Gemeinsamen Krebs-
registers.....11

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....

**Delegierte stellen Weichen für
„Fachwirt/in für ambulante
medizinische Versorgung“**

Bericht von der Delegiertenversamm-
lung am 23. Februar 2011

Von Sascha Rudat.....20

Hilfe für die Helfer, die man nicht sieht

Gesucht waren beim Berliner Gesundheitspreis diesmal innovative Modelle zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen. BERLINER ÄRZTE stellt die Sieger vor – darunter ein Projekt aus Berlin.

Von Sascha Rudat..... 14

**„Berührungsgängste werden
zunehmend abgebaut“**

Interview mit Erich Fellmann zum Cur-
riculum „Ärztliches Peer Review“

.....28

**Volksinitiative will
Nichtraucherschutz stärken**

.....29

CIRS Berlin – Der aktuelle Fall

..... 30

David gegen Goliath

Arzneitherapie evidenz- oder
marketingbasiert?

Von Rosemarie Stein..... 31

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen10

**Der Veranstaltungskalender der
Ärzttekammer Berlin**

.....24

PERSONALIEN.....

**Die bestandenen Facharztprü-
fungen Januar bis Februar 2011**

.....22

**Zum Gedenken an
Detlef Cabanis.....33**

FEUILLETON.....

Theater-Therapie

Von Rosemarie Stein..... 34

„Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten“

Am 13. und 14. Mai findet die nächste Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Sachkunde zur Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ statt.

Der Kurs richtet sich an Ärzte und Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte die Verantwortung für die Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis tragen. Er erfüllt die Anforderungen nach § 4 (3) der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV).

Im Rahmen des Kurses werden Kenntnisse der Mikrobiologie und Keimzahlverminderung vermittelt. Die Teilnehmer lernen die

wesentlichen rechtlichen Voraussetzungen (Medizinproduktegesetz, Medizinproduktebetreiberverordnung, RKI/BfArM-Empfehlungen u.a.) für die Aufbereitung von Medizinprodukten kennen. Weiterhin werden die einzelnen Schritte der Aufbereitung detailliert unterrichtet und mit praktischen Beispielen wird das vermittelte Wissen gefestigt. Zum Abschluss des Kurses wird ein Multiple Choice Test, der die Basis für die Erteilung des Zertifikates ist, durchgeführt.

Der Kurs findet Freitag, den 13.05.2011 von 14:00 bis 18:00 Uhr und Samstag, den 14.05.2011 von 8:30 bis 18:00 Uhr statt.

Die Zahl der Teilnehmer pro Kurs ist auf 30 beschränkt. Für diesen Kurs sind noch 10 Plätze frei! Bitte melden Sie sich mit dem Anmeldeformular http://www.mut-gesundheit.de/fo_aufbereitung.htm an. Weitere Informationen zum Kurs finden Sie auch auf unserer Homepage <http://www.mut-gesundheit.de>

IPPNW

Diese Fortbildung trägt den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes Rechnung. Sie soll die Teilnehmer befähigen, in ihrer täglichen Arbeit die rechtlichen Rahmenbedingungen der Medizinprodukteaufbereitung zu erfüllen und so zum Schutz der Patienten und der Mitarbeiter in der Praxis beitragen.

Benefiz-Konzert: Für Tschernobyl und Fukushima



Die Berliner Philharmoniker, die Staatskapelle Berlin, der Dirigent Andrey Boreyko und der Credo Chor aus Kiew wollen am 26. April, dem 25. Jahrestag der Reaktorkatastrophe von Tschernobyl, in der Berliner Philharmonie mit einem Benefizkonzert ein Zeichen „gegen den atomaren Wahnsinn“ setzen.

Zwischen der 8. Streichersinfonie von Schostakowitsch und Tschaikowskys Symphonie „Pathétique“ kommen auch die Opfer dieser Katastrophe zu Wort: die bekannten Schauspieler Therese Affolter und Christian Brückner lesen u.a. aus dem Buch von Swetlana Alexijewitsch „Tschernobyl – Eine Chronik der Zukunft“.

Gemeinsame Veranstalter sind IPPNW-Concerts, die Stiftung Berliner Philharmoniker und die Staatskapelle Berlin.

Einzelheiten finden Sie unter www.ippnw-concerts.de oder www.berliner-philharmoniker.de



Ausschreibung Oskar und Helene-Medizin-Preis 2011

Die Stiftung Oskar-Helene-Heim, deren Zweck die Förderung der Wissenschaft und Forschung ist, verleiht seit 2010 jährlich den mit 50.000 € dotierten Oskar und Helene-Medizin-Preis. Die Schirmherrschaft für diesen Preis hat die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Prof. Dr. Annette Schavan, übernommen. Mit diesem Medizinpreis sollen hervorragende Leistungen, insbesondere auf einem der folgenden Gebiete gewürdigt werden: Orthopädie und Orthopädie-Technik, Pneumologie sowie Gastroenterologie/Viszeralchirurgie.

Der Preis wird im Jahr 2011 auf dem Gebiet der Orthopädie und

Unfallchirurgie ausgeschrieben. Die Behandlung von nichtheilenden Frakturen stellt eine schwerwiegende Problematik dar und führt zu keinem befriedigenden Ergebnis. Im Bereich der Endoprothetik ist insbesondere nach Lockerungssituationen eine neuerliche Verankerung von Implantaten nicht möglich, da der Knochen seine Wachstumspotenz eingebüßt hat. Mit dem Preis soll daher ein habilitierter Mediziner ausgezeichnet werden, der bei der „Stimulation der Knochenheilung bei Frakturen und/oder der Osteointegration von Endoprothesen“ besonders relevante Ergebnisse der Grundlagen- und/oder klinischen Forschung in

Deutschland erzielt hat. Der prämierte Erkenntnisgewinn soll einer breiten Öffentlichkeit vermittelbar sein.

Dem Antrag sollen der Lebenslauf, die fünf wichtigsten Arbeiten aus den letzten drei Jahren zum Thema „Stimulation der Knochenheilung bei Frakturen und/oder der Osteointegration von Endoprothesen“ sowie eine inhaltliche Zusammenfassung der Forschungsergebnisse beigefügt werden.

Das Preisgeld ist für Forschungszwecke nach der freien Entscheidung des Preisträgers zu verwenden. Der Preisträger hat

der Stiftung diese Verwendung in geeigneter Weise zu belegen.

Der Antrag ist bis zum 30. Juni 2011 bei der Stiftung Oskar-Helene-Heim einzureichen (www.stiftung-ohh.de).

Weitere Informationen erteilt der Geschäftsführer der Stiftung, Werner Ukas:

E-Mail:
werner.ukas@helios-kliniken.de
oder info@stiftung-ohh.de,
Tel. 030/8102-1100

Die Preisverleihung wird im Oktober 2011 in Berlin erfolgen.



Gemeinsames Engagement für Rheumapatienten

In Berlin leben etwa 150.000 Menschen mit rheumatischen Beschwerden, über 60.000 Berlinerinnen und Berliner mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, davon allein mehr als 1.000 Kinder und Jugendliche. Neben Schmerzen, schubweisem Verlauf und Gestaltveränderungen leiden die Patienten an den sich daraus ergebenden sozialen Beeinträchtigungen ihrer chronischen Krankheit. Rheumakranke Menschen in jugendlichem und mittlerem Alter haben mit Diagnose und Therapie zu kämpfen, während sie ihr „ganz normales Leben“ mit Beruf, Familie und Freizeit führen möchten. Auch ältere Betroffene sind nicht nur mit der Schmerz- und Krankheitsbewältigung konfrontiert, sondern mit Einsamkeit und zurückgehender Mobilität.

Früherkennung ist das „A“ und „O“

Um dem Ziel einer effizienten Versorgung besonders von Patienten mit entzündlichen rheumatischen Erkrankungen näher zu kommen, ist nach gemeinsamer Auffassung von Ersatzkassen und Berliner Rheuma-Liga eine frühzeitige Diagnostik und Therapieeinleitung erforderlich, um eine größtmögliche Lebensqualität für die betroffenen Patienten zu erhalten. Der Zeitraum zwischen den ersten Symptomen der Patienten und der korrekten Diagnose ist in vielen Fällen noch zu lang.

Besonders problematisch ist dies im Bereich der Pädiatrie. Da die meisten rheumatischen Erkrankungen chronisch sind und sich im Verlauf verschlimmern, können sie – zu spät oder unzureichend behandelt – zu erheblichen Schäden an den inneren Organen führen.

Ein wichtiger Weg zur Erreichung einer frühzeitigen Diagnostik ist die gezielte Überweisung möglicherweise betroffener Patienten in spezielle Früherkennungssprechstunden. Leider gibt es noch zu wenige Haus- bzw. Primärärzte, die die frühen Krankheitszeichen, z. B. zwei oder mehr geschwollene Gelenke von mehreren Wochen Dauer, richtig werten und die Betroffenen sofort zum Rheumatologen überweisen. Eine Ausweitung bzw. Etablierung von dafür erforderlichen Früherkennungssprechstunden ist nach Auffassung der Rheumaliga in dem Zusammenhang ebenso wichtig wie das Angebot und die gezielte Inanspruchnahme rheumaspezifischer Fort- und Weiterbildungsangebote für Haus- bzw. Primärärzte.

Bestehende Strukturen besser vernetzen

Eine optimal strukturierte Rheumaversorgung setzt ein hohes Maß an Kooperation der an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (wie z. B. Haus- und Fachärzte, Physio- und

Ergotherapeuten, Krankenhäuser, Rehakliniken) voraus. Bereits bestehende Ansätze dafür sind z.B.:

- die Einbindung von Tageskliniken und Hochschulambulanz in die Versorgung Rheumakranker,
- die praxisnahe Ausbildung der Studenten durch das Patient-Partner-Programm, in dem geschulte Rheumakranke in die Charité kommen und ihre Erfahrungen mit den Studenten teilen,
- die Kooperationsverträge mit der Charité und der Kinderklinik Buch (Helios),
- ein von der „Aktion Mensch“ gefördertes Projekt eines ehrenamtlichen Begleitdienstes für rheumakranke Kinder und Jugendliche in Zusammenarbeit mit den Kinderreumatologen,
- die Förderung durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger von Selbsthilfeprojekten der Rheuma-Liga.

Gemeinsames Ziel aller an der Versorgung Beteiligter muss es daher sein, existierende Schnittstellenprobleme kontinuierlich zu analysieren und zu beseitigen. Die Intensivierung der Zusammenarbeit schließt auch die Selbsthilfe mit ein.

Selbsthilfe spielt eine bedeutende Rolle für die Krankheitsbewältigung der Betroffenen. Hier

ist die Berliner Rheuma-Liga mit ihren vielfältigen Angeboten ein wichtiger (Ansprech-)Partner. Zur Förderung von Krankheits- und Alltagsbewältigung, der Verbesserung von Funktionen bzw. Hinauszögern von Funktionsverlusten, Schmerzlinderung und Hilfe zur Selbsthilfe sind viele Gruppenangebote entstanden: Kurse für Körper und Seele, Seminare und Fortbildungen, Arzt-Patienten-Gespräche, Patientenschulungen und Selbsthilfegruppen.

Zur Verfügung stehen auch Informationsbroschüren, soziale Beratung und kostenfreie Rechts- und Rentenberatung im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes. Das Funktionstraining ist ein wohnortnahes, von physiotherapeutischen Fachkräften durchgeführtes und für rheumakranke Menschen entwickeltes Behandlungsprogramm, das vom Arzt verordnet wird. Ebenso bestimmen die Aufklärung der Öffentlichkeit und die Interessenvertretung gegenüber Leistungserbringern und den politisch Verantwortlichen die tägliche Arbeit der Deutschen Rheuma-Liga.

Dr. Helmut Sörensen
Dt. Rheuma-Liga Berlin e.V.

Dorothee Binder-Pinkepank
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Vortrag

Die Patientenverfügung in der juristischen und medizinischen Praxis

Veranstalter: Berliner Anwaltsverein e.V. in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust, Berlin

Referenten: Prof. Dr. med. Jeanne Nicklas-Faust und Rechtsanwalt und Notar Matthias Winkler, Berlin

Mittwoch, 27.04.2011,
18.00 – 20.00 Uhr,

Ort: DAV-Haus, Littenstraße 11,
10179 Berlin, (U-Bahnhof
Klosterstraße)

Teilnahmebeitrag: 30,00 €
Anmeldung unter: Berliner
Anwaltsverein e.V.

Tel. 030/ 251 3846;
Fax 030/ 251 3263;

mail@berliner.anwaltsverein.de



Ausstellung

„Feininger aus Harvard“

Die amerikanische Elite-Uni hat Ärzten nicht nur medizinisches zu bieten. Die Ausstellung, die sie Berlin beschert hat, sollte niemand versäumen, der Lyonel Feininger mag oder sich für experimentelle Fotografie interessiert. Denn die 77 Aquarelle und Zeichnungen aus allen Schaffensperioden und die 76 Vintage-Prints (eine Auswahl aus 8000 Feininger-Fotos in Harvard-Besitz) werden in Europa außer in Berlin nur in München gezeigt. Sie waren so gut wie unbekannt und sind eine sensationelle Entdeckung. Der Bauhausmeister und Vater dreier fotobegeisterter Söhne war schon Ende 50, als er 1928 in Dessau anfang, regelmäßig zur Plattenkamera zu greifen. „Das Photographieren hat mir das Sehen auf eine neue Art gesteigert“, schrieb er 1929. Er experimentierte mit Nachtaufnahmen, Spiegelungen, Doppelbelichtungen, ungewöhnlichen Perspektiven und Ausschnitten – aber es kam etwas ganz anderes dabei heraus als zum Beispiel bei Moholy-Nagy, der Wand an Wand in einem der Meisterhäuser wohnte: etwas Mystisch-Romanisches, sehr Feiningerisches.

R. Stein

Kultuforum, Sonderausstellungshalle der staatlichen Museen, bis zum 15. Mai. Zwei Kataloge, getrennt für Aquarelle und Zeichnungen einerseits, für Fotos andererseits.

ANZEIGE

*Valproinsäure***Migräneprophylaxe**

Nach einer Information der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) ist Valproinsäure im Off-Label-Use zur Prophylaxe von Migräneanfällen zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Bedacht werden sollte jedoch:

- Valproinsäure ist teratogen, bei Frauen im gebärfähigen Alter muss eine wirksame Kontrazeption durchgeführt werden.
- Das Auftreten von suizidalem Verhalten unter der Therapie mit Valproinsäure bedingt eine sorgfältige Überwachung von depressiven Patienten.
- Valproinsäure ist zur Migräneprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen nicht wirksam.
- Valproinsäure darf nur von Fachärzten für Nervenheilkunde, für Psychiatrie o.ä. verordnet werden.

- Von 24 Herstellern Valproinsäure-haltiger Arzneimittel haben derzeit nur AWD.pharma, Dolorgiet, Hexal, IIP-Institut für industrielle Pharmazie und TAD Pharma dem Off-Label-Use zugestimmt - cave: Haftungsrechtliche Konsequenzen bei einer Verordnung anderer Fertigarzneimittel, auf idem-Feld ankreuzen!

Quelle: AkdÄ Drug Safety Mail 2010-130

*MMR***Impfstoff und Autismus**

Ein Artikel, publiziert 1998 in einer renommierten medizinischen Fachzeitschrift und erst im Februar 2010 zurückgezogen, hatte nicht nur persönliche Konsequenzen für den Autor. Es konnte nachgewiesen werden, dass seine Hypothese, ein MMR-Impfstoff sei ursächlich ver-

antwortlich für das Auftreten von Autismus und Enterokolitis (sog. „Wakefield-Syndrom“), auf 12 zeitlich und diagnostisch manipulierten Krankengeschichten beruhte. Zusätzlich tragen auch seine Ko-Autoren eine gewisses Maß an Schuld, da sie die Studie nicht gründlich genug überprüften.

In einer neuen Aufarbeitung dieses Wissenschaftsbetruges werden zusätzlich noch weit kritischere Folgen diskutiert: Bis heute haben sich die Durchimpfungsraten in Großbritannien noch nicht vollständig von ihrer 80%igen Reduktion aus 2003 erholt. Das erste Mal seit 14 Jahren mussten im Jahr 2008 Masern in Großbritannien wieder als endemisch erklärt werden. Bis heute sind Eltern verunsichert.

Dies gilt auch in Deutschland, nachdem von Impfgegnern die Mär einer Verursachung von Autismus durch einen Masern-Mumps-Röteln-Impfstoff verbreitet wurde. Nach einem Mumpsausbruch in Essen 2010 stellte sich heraus, dass von 71 infizierten Kindern 68 nicht geimpft waren.

Von allen prophylaktischen Maßnahmen sind die Ergebnisse von Impfungen wissenschaftlich am besten gesichert – ebenso wie ihre unerwünschten, meist lokal begrenzten Wirkungen. Es bleibt nicht nachvollziehbar, wenn Ärztinnen/Ärzte oder medizinisches Personal wie Hebammen generell von Impfungen abraten.

Quelle: Brit.med.J. 2011; 342: 64-6, 77-82

*NSAID***Kardiovaskuläre Risiken**

In einer Metaanalyse wurden die kardiovaskulären Risiken nicht-steroidaler Antiphlogistika (NSAID) untereinander verglichen. Aufgrund mangelnder Studien (und mangelnder Zusammenarbeit mit

einem Hersteller) konnten nur Celecoxib, Diclofenac, Etoricoxib, Ibuprofen, Lumiracoxib, Naproxen und Rofecoxib analysiert werden, über das Risiko anderer NSAID kann keine Aussage gemacht werden.

Herzinfarkttrisiko: Rofecoxib > Lumiracoxib > Ibuprofen > Celecoxib, andere NSAID: nicht signifikant.

Schlaganfallrisiko: Ibuprofen > Diclofenac > Lumiracoxib, andere NSAID: nicht signifikant, leicht erhöht bei Naproxen und Etoricoxib.

Kardiovaskulärer Tod: Etoricoxib > Diclofenac, andere NSAID: nicht signifikant, bis auf Naproxen jedoch leicht erhöht.

Naproxen schneidet in Bezug auf die untersuchten Risiken gut ab, allerdings muss ein höheres gastro-intestinales Risiko im Vergleich zu Diclofenac berücksichtigt werden. Grundsätzlich muss bei einer symptomatischen Behandlung der Grundsatz „primum non nocere“ verstärkt gelten: Insbesondere bei älteren Patienten mit kardiovaskulären Risiken sollten niedrige Dosierungen und eine einmalige tägliche Anwendung (= Verringerung der Beeinflussung auf den Prostaglandinmetabolismus) bevorzugt werden.

Aufgrund der derzeitigen Diskussion zur Toxizität von Paracetamol oder der bekannten UAW von Opioiden sollte eine individuell unterschiedliche Wirksamkeit und Verträglichkeit von Analgetika weiterhin als Ordnungsmaßstab für die Schmerztherapie bevorzugt berücksichtigt werden.

Quelle: Brit.med.J. 2011; 342:c7086

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, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

ANZEIGEN

1961–2010: 50 Jahre elektronische Krebsregistrierung im Gemeinsamen Krebsregister

Mit dem Jahr 2010 wurde für das Gemeinsame Krebsregister (GKR) der 50. Jahrgang elektronisch verfügbarer Krebsdaten begonnen. Voraussichtlich im Dezember 2012 steht mit den Erkrankungsjahrgängen von 1961 bis 2010 eine „lange Reihe“ von 50 Diagnosejahrgängen zur Auswertung durch Ärzte, Epidemiologen, Biostatistiker und Gesundheitswissenschaftler zur Verfügung.

Bereits heute – zum Registrierungsstand 12/2010 – können für den Zeitraum 1961–2008 für das GKR-Gebiet mehr als 3,4 Millionen Fälle ausgewertet werden.

Das Gemeinsame Krebsregister ist sowohl territorial als auch im Hinblick auf den Datenbestand das größte epidemiologische Krebsregister in Deutschland. Das Einzugsgebiet des GKR umfasst die Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und die Freistaaten Sachsen und Thüringen. Das GKR ist damit das einzige epidemiologische Krebsregister in Deutschland, dessen Einzugsgebiet mehrere Länder umfasst. Derzeit leben im Einzugsgebiet insgesamt etwa 16,5 Mio. Menschen. Pro Jahr werden mehr als 100.000 Krebsneuerkrankungen registriert, sodass auch seltene Krebslokalisationen untersucht werden können.

Besagte „lange Reihe“ lässt interessante Einblicke in die Entwicklung des Krebsgeschehens zu. Allein die Entwicklung bei den drei häufigsten Krebsarten bei Männern und Frauen, die im Jahre 1961 zum Teil noch ganz andere waren als im aktuellen Auswertungsjahrgang, lässt Rückschlüsse auf den Erfolg von Präventions- und Screeningaktivitäten zu. Aber auch Veränderungen in den Lebensgewohnheiten, zum Beispiel die veränderten Rauchgewohnheiten der Frauen, lassen sich gerade bei Langzeitbetrachtungen gut verfolgen.

Während der Lungenkrebs bei Männern 1961 zusammen mit Magenkrebs die häufigste Krebslokalisation war, spielte Lungenkrebs bei den Frauen zu dieser Zeit noch eine stark untergeordnete Rolle. Mittlerweile (2008) ist Lungenkrebs mit einer jährlichen Neuerkrankungsrate von 19,5 je 100.000 (ESR) aber auch bei Frauen die dritthäufigste Lokalisation bei Krebsneuerkrankungen und die zweithäufigste, in Berlin sogar die häufigste, Krebstodesursache.



Der Rückgang des Zervixkarzinoms bei Frauen, das mit einer Neuerkrankungsrate von 47,2 je 100.000 (ESR) im Jahr 1961 bei den Frauen die häufigste Krebsart war, ist vor allem mit der Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu erklären, bei der bereits Vorstufen des Karzinoms zuverlässig entdeckt und dann therapiert werden. Ebenfalls mit Früherkennungsmaßnahmen ist der Inzidenzanstieg bei Prostatakrebs seit Anfang der 90er Jahre zu erklären. Der Peak bei Brustkrebs im Jahr 2008 ist auf die Einführung des Mammographiescreenings zurückzuführen, welche im Einzugsgebiet des GKR in den Jahren 2006 bis 2009 erfolgt ist (in Berlin 2006/2007).

Die aktuellsten Krebserkrankungszahlen für alle Lokalisationen für das Diagnosejahr 2008 in Berlin, aber auch in allen anderen Bundesländern des Einzugsgebiets des Gemeinsamen Krebsregisters sind demnächst auf den Internetseiten des GKR in der Rubrik „Daten“ abrufbar und geben detailliert Auskunft über die bis Dezember 2010 registrierten Fallzahlen in den einzelnen Krebslokalisationen.

H. Wilsdorf-Köhler
Gemeinsames Krebsregister,
www.krebsregister.berlin.de

Ärzttekammer Berlin: Arbeitsbelastung von Klinikärzten führt zu Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung

„Es liegt ein eklatanter Fall von Versagen der Gesundheitspolitik und der Krankenhausträger vor“, kommentiert der Berliner Ärztekammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz die Ergebnisse einer Befragung des Marburger Bundes zur Arbeitssituation von Klinikärzten. 12.000 von rund 140.000 Krankenhausärztinnen und -ärzten in Deutschland hatten an der bislang größten Befragung dieser Art teilgenommen.

41 Prozent der Befragten bewerteten ihre persönlichen Arbeitsbedingungen als schlecht bis sehr schlecht. In Berlin sind sogar 48 Prozent der Befragten dieser

Auffassung. Hier erwägen 54 Prozent ihre Tätigkeit im Krankenhaus aufzugeben (bundesweit: 44 Prozent). „Diese Entwicklung wird seit Jahrzehnten vorwiegend ignoriert“, erklärte Jonitz, der bereits 1993 im Artikel „Die Qualität im Krankenhaus stirbt zentimeterweise“ vor schleichendem Qualitätsverlust durch zunehmende Rationierung und Kommerzialisierung in deutschen Krankenhäusern gewarnt hat. Auch der Deutsche Ärztetag 1998 hatte sich intensiv mit der Problematik befasst. Die Unterbesetzung in deutschen Kliniken ist laut der Umfrage drastischer als vermutet. In jeder Krankenhaus-

abteilung fehlen im Schnitt 1,5 Stellen. Bundesweit sind das 12.000 unbesetzte ärztliche Stellen.

„Diese Unterbesetzung versuchen die Kliniken durch Arbeitsverdichtung und fachübergreifende Bereitschaftsdienste zu kompensieren“, betonte der Berliner Kammerpräsident. Mit dramatischen Folgen für die Patientenversorgung: „Wenn beispielsweise Urologen oder Unfallchirurgen für Kaiserschnitte eingesetzt werden – wie dies auch in Berlin vorkommt –, erhöht sich die Gefahr von Komplikationen um ein

Vielfaches.“ Die weiche Rationierung und die damit einhergehenden Qualitätsverluste seien in vollem Gange.

„Wir erleben eine systematische Herabsetzung von Qualitätsstandards – auch in kommunalen Krankenhäusern, wo der Staat unmittelbar für die Patientenversorgung verantwortlich ist“, sagte Jonitz und fügte hinzu, dass es den Patienten nur gut gehen kann, wenn sie von ihren Ärzten unter zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen behandelt werden.

Weiterbildung

Evaluation der Weiterbildung geht in die nächste Runde

Evaluation der Weiterbildung in Deutschland Online-Befragung 2011

Die Ärztekammer Berlin startet Anfang Juni gemeinsam mit der Bundesärztekammer und 16 weiteren Landesärztekammern die zweite Befragungsrunde des Projektes Evaluation der Weiterbildung. Das Webportal wird bis 31. August 2011 geöffnet sein.

Wie bereits im Jahr 2009 werden alle zur Leitung der Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte und die Weiterzubildenden aufgefordert, über das Online-Portal Auskünfte zur Qualität ihrer Weiterbildung zu geben. In Folge der Auswertung der Erfahrungen aus der ersten Befragung wird das Verfahren in zwei Punkten geändert:

Ende Mai erhalten alle Weiterbildungsbefugten von der Ärztekammer ein Schreiben mit dem persönlichen Zugangscode und der Bitte der Ärztekammer, die Namen aller Weiterzubildenden zu übermitteln. Alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung erhalten ihre Zugangsdaten anschließend – anders als in der ersten Befragungsrunde – nicht vom Weiterbilder, sondern unmittelbar in einem persönlichen Schreiben von der Ärztekammer.

Um eine größere Transparenz zu erreichen, werden in der diesjährigen Befragungsrunde die individuellen Befugtenberichte auf der Homepage der Ärztekammer Berlin veröffentlicht. Für den Weiterbildungsbefugten besteht die Möglichkeit, dieser Veröffentlichung zu widersprechen. Bei der Befragung 2009 waren die jeweiligen Berichte nur für die Befugten selber einsehbar.

Wir werden in den nächsten Ausgaben von Berliner Ärzte ausführlich über die zweite Befragungsrunde Evaluation der Weiterbildung berichten und möchten Sie bereits heute bitten, sich an der Evaluation zu beteiligen.

Fortbildung

Ärzttekammer 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 2011 als Kompaktkurs innerhalb von vier Monaten veranstaltet. Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt. Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 26.09. bis 01.10.2011 / Woche 2: 07.11. bis 12.11.2011 / Woche 3: 12.12. bis 17.12.2011 (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-Kurs2011@aekb.de

Auszeichnungen

Hertha-Nathorff-Preis verliehen

Der Vizepräsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Elmar Wille, hat am 11. März die diesjährigen Preisträger des Hertha-Nathorff-Preises ausgezeichnet. „Wir vergeben diesen Preis bereits seit 1995, also seit mehr als 15 Jahren. Von Beginn an war es unser Ziel, vor allem solche Arbeiten zu würdigen, die sich durch einen deutlichen Bezug auf die Versorgungspraxis auszeichnen“, erklärte Wille bei der Preisverleihung. Aus Paragraph 1 der ärztlichen Berufsordnung „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen als auch der Gesundheit der Bevölkerung“ leite sich auch die Stiftung des Hertha-Nathorff-Preises ab. Bei der Analyse der gesellschaftlichen, politischen und ökonomisch bedingten Einflüsse auf die Versorgungspraxis liefere gerade die gesundheitswissenschaftliche Forschung wichtige Erkenntnisse. Mit dem Hertha-Nathorff-Preis zeichnet die Ärztekammer Berlin seit 1995 jährlich die besten Magister- und Masterarbeiten Berlins im Bereich Public Health/ Gesundheitswissenschaften aus. Namensgeberin des Preises ist die jüdische Ärztin Hertha Nathorff (1895-1993) die in den 20er und 30er Jahren engagiert im öffentlichen Gesundheitswesen Berlins tätig war, unter der Nazi-Diktatur ihren Beruf aufgeben musste und 1939 in die USA emigrierte. In die Beurteilung fließen derzeit Arbeiten aus drei Studiengängen ein:

- Master of Public Health und
- Master of Science in Epidemiology (beide angesiedelt an der Berlin School of Public Health der Charité) sowie
- Prävention und Psychosoziale Gesundheitsforschung (FU Berlin)



Kammervizepräsident Dr. Elmar Wille, Prof. Dr. Ulrike Maschewsky-Schneider (Berlin School of Public Health), Preisträger Jasper Littmann, Prof. Dieter Kleiber (FU Berlin), Preisträgerin Katja Becker und Preisträger Sven Knüppel (v.l.n.r.)

Folgende Arbeiten wurden in diesem Jahr ausgezeichnet:

1. Preis

„Gesundheitsförderung und Prävention in Berliner und Brandenburger Kindertagesstätten“ von Katja Becker. Die Arbeit untersucht, wie die Träger und Trägerverbände von Kindertagesstätten aus Berlin und Brandenburg die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Kindertagesstätten beurteilen. Die Autorin der Studie hat zu diesem Zweck insgesamt 13 Experteninterviews durchgeführt und qualitativ ausgewertet. Die Stärken der Arbeit liegen aus Sicht der Jury vor allem in der sehr gut nachvollziehbaren Darstellung der Fragestellung und des methodischen Vorgehens.

Die Arbeit wurde an der Freien Universität im Studiengang „Public Health: Prävention und Gesundheitsforschung“ zur Erlangung des Grades „Master of Public Health“ eingereicht. Der erste Preis ist mit 1250 Euro dotiert.

2. Preis:

„Berechnung der gesunden Lebenserwartung in Stuttgart für die Jahre 2005 bis 2007“ von Dr. rer. nat. Anja-Kerstin Zimmermann. Die Autorin berechnet am Beispiel der Stadt Stuttgart die durchschnittliche Lebenserwartung mit und ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen. Es geht ihr um die Frage, ob die steigende Lebenserwartung vor allem durch einen steigenden Anteil an Lebensjahren, die in guter Gesundheit erlebt werden, geprägt sind, oder ob sich eine längere Lebenszeit vor allem durch eine Verlängerung der Zeit, die durch schwere Erkrankung oder Pflegedürftigkeit geprägt ist, auszeichnet. Die Arbeit wurde an der Berlin School of Public Health an der Charité vorgelegt. Der 2. Preis ist mit 750 Euro dotiert.

3. Preis

Für den dritten Preis gab es in diesem Jahr zwei Preisträger zu beglückwünschen. Die von Sven Knüppel im Rahmen des Masterstudienganges Epidemiologie

an der Charité durchgeführte Masterarbeit befasst sich mit der Entwicklung und Anwendung statistischer Methoden zur c des Zusammenhanges von Ernährung und chronischen Erkrankungen. Seine auf der Basis einer empirischen Datenanalyse und einer Simulationsstudie durchgeführte Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung einer Kalibrierungsstrategie von Ernährungsdaten für Kohortenstudien.

Mit einem weiteren dritten Preis wurde Jasper Littmann ausgezeichnet, der sich mit seiner gesundheitswissenschaftlichen Abschlussarbeit mit der Impfstrategie zur H1N1-Schutzimpfung in Berlin im Jahr 2009 auseinandersetzt.

Der Titel seiner Arbeit lautet „Ethische Implikation bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten – Das Beispiel der Impf-Priorisierung in Berlin während der H1N1-Pandemie“.

Beide dritte Preise sind mit jeweils 250 Euro dotiert.

Berliner Gesundheitspreis 2010:

Hilfe für die Helfer, die man nicht sieht

Der Leuchtturm „Berliner Gesundheitspreis 2010“ hat sein Licht auf diejenigen geworfen, die man normalerweise nicht sieht: Auf die Menschen nämlich, die ihre Angehörigen zuhause pflegen – teilweise über Jahre hinweg unter großen psychologischen, körperlichen und finanziellen Mühen. Gesucht waren innovative Projekte, die diese Menschen gezielt unterstützen, damit sie die Kraft für ihre aufopferungsvolle Tätigkeit erhalten oder wiedererlangen können. Drei Preisträger hat die Jury des Gesundheitspreises, der seit 1995 gemeinsam vom AOK-Bundesverband, von der AOK-Nordost und der Ärztekammer Berlin ausgeschrieben und verliehen wird, schließlich gefunden – darunter auch ein Berliner Projekt. Im Beisein von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler wurden die Preisträger am 14. Februar in Berlin feierlich ausgezeichnet.

Von Sascha Rudat



Das Timing war perfekt – wenn auch ungeplant: Gesundheitsminister Rösler kam direkt vom viel beachteten Pflegegipfel zur Preisverleihung geeilt. Bei der Ausschreibung des Preises im Jahr 2010 (daher auch der Titel) konnte allerdings noch niemand ahnen, dass das Thema Pflege in dieser Größenordnung auf der politischen Agenda stehen würde. Dieser Fokus auf das Thema ist auch dringend notwendig – 1,3 Millionen Kinder, Jugendliche sowie (oft hochbetagte) Männer und Frauen werden zuhause von 4,3 Millionen privat Pflegenden versorgt – Tendenz aufgrund der längeren Lebenserwartung steigend. Fast jeder zweite Mann und zwei Drittel aller Frauen waren 2009 vor ihrem Tod pflegebedürftig, wie Professorin Adelheid Kuhlmei, Mitglied der Jury und Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie an der Charité, bei der Preisverleihung erläuterte.

Im Durchschnitt dauert die Pflege acht Jahre lang. Was es bedeutet, einen alten Menschen oder ein Kind mit Behinderung über einen solch lang Zeitraum rund um die Uhr zu betreuen, können wohl nur diejenigen beurteilen, die es selbst erlebt haben. Das geht an die Substanz und kann Familien in höchstem Maße belasten. Häufig sind es Frauen, die die Pflege übernehmen und dann eine Dreifachbelastung aus Pflege, Haushalt und Beruf aushalten müssen. Nicht selten werden die Pflegenden dabei selbst krank: Magenbeschwerden, Rückenleiden, Schlaflosigkeit, psychische Störungen gehören zu häufigen Krankheitsbildern. Auslöser ist laut Kuhlmei häufig die Diskrepanz zwischen den Erwartungen des zu Pflegenden, den eigenen Erwartungen und der Realität. Dazu kommen die oft hochgradig emotional Beziehungen zwischen den Personen.

Bewerbungen aus ganz Deutschland

Über 80 Projekte aus ganz Deutschland hatten sich dem kritischen Blick der zehnköpfigen Jury (siehe Kasten S.19) gestellt – darunter der Berliner Kammerpräsident



Die Preisträger, die Jury und die Laudatoren.

Dr. Günther Jonitz. Bewerben konnten sich u.a. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, ehrenamtlich tätige Gruppen und Initiativen, kommunale, freigemeinnützige und kirchliche Einrichtungen, Hausarztzentrierte Versorgungsmodelle oder Medizinische Versorgungszentren. Aber auch Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, Selbsthilfeorganisationen sowie wissenschaftliche Einrichtungen und Institute oder Wohnformen der Nachbarschaftshilfe, z.B. Mehrgenerationenhäuser. 17 Projekte kamen in die engere Wahl, sieben davon wurden schließlich nominiert und hatten Gelegenheit, der Jury ihre Arbeit in Berlin vorzustellen.

Entschieden hat sich die Jury letztlich dafür, zwei erste Preise und einen zweiten Preis zu vergeben – dotiert mit zwei Mal 20.000 und ein Mal 10.000 Euro. Dies zeigt, wie eng die Sieger-Projekte beieinander lagen. Die Ärztekammer Berlin beteiligt sich mit 10.000 Euro an den Preisgeldern.

Gesucht worden waren Projekte, die

- dazu beitragen, die gesundheitliche Belastung und Erkrankungshäufigkeit von pflegenden Angehörigen zu vermindern oder zu vermeiden,

- den pflegenden Angehörigen die Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen,
- zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beitragen,
- die Pflegebereitschaft stärken,
- das Zusammenspiel von familiärer und professioneller Pflege verbessern,
- die besondere Lebenssituation der pflegenden Angehörigen (z.B. Migrationshintergrund) berücksichtigen und
- die Akzeptanz der Pflege als gesellschaftliche Aufgabe fördern.

„Der Berliner Gesundheitspreis soll zeigen, dass wir nicht nur Probleme in der Patientenversorgung haben, sondern auch Lösungen. Und zwar Lösungen, die nicht nur auf dem Papier stehen, sondern getrieben von dem Engagement der Beteiligten schon konkret in der Praxis realisiert werden. Wir suchen prototypische Lösungen für Probleme im Alltag“, fasste Kammerpräsident Jonitz das Ziel des Berliner Gesundheitspreises zusammen (s. Interview auf S. 19). Wichtig war es beim aktuellen Preis vor allem, Projekte zu finden, die konkret die Angehörigen entlasten. Diese Anforderungen erfüllen die drei Sieger-Projekte in hohem Maße.

Weitere Informationen: www.berliner-gesundheitspreis.de

1. Preis: Das Tabu im Tabu brechen Pflege in Not, Berlin

„Mit Ihrer Arbeit schaffen Sie es, ein Tabu im Tabu aus diesem Tabubereich herauszuholen“, fasste Gesundheitsminister Rösler die Verdienste von „Pflege in Not“ in seiner Laudatio zusammen. Denn die Berliner Beratungs- und Beschwerdestelle, zu der die Ärztekammer Berlin schon lange Kontakt pflegt, beschäftigt sich mit dem wenig beachteten Thema Gewalt in der Pflege älterer Menschen. Am Telefon und in persönlichen Gesprächen versuchen die Sozialpädagogin Gabriele Tammen-Parr und die Psychologin Dorothee Unger Hilfe und Unterstützung in Konfliktsituationen in der häuslichen und stationären Pflege zu geben. Dabei kann sich jeder an sie wen-

den, der in Kontakt mit Gewaltsituationen in der Pflege kommt: Gepflegte, pflegende Angehörige, Pflegepersonal, Nachbarn, Freunde, Pflegeeinrichtungen, Ärzte. Der Gewaltbegriff umfasst nicht nur die körperliche Gewalt, viel häufiger ist psychische Gewalt: Anbrüllen, schweigen, vernachlässigen...

Dass sich aggressive Gefühle unter dem Druck der oft langjährigen häuslichen Pflege, die auf engen Raum rund um die Uhr stattfindet, aufbauen können, ist laut Gabriele Tammen-Parr völlig normal. 80 Prozent der rund 150 Anrufer im Monat sind Frauen. Über 17.000 Anrufer waren es

bisher insgesamt. Überforderung mit der Pflegesituation ist meist der Hauptauslöser für die Konflikte. Dazu können emotionale Probleme kommen, die sich häufig über Jahrzehnten hinweg zwischen den Angehörigen aufgestaut haben und dann in der Pflegesituation wieder aufbrechen. Das kann aber auch bedeuten, dass Gewalt nicht nur vom Pflegenden ausgeht. Gar nicht selten ist auch der Gepflegte körperlich oder psychisch aggressiv, wie Gabriele Tammen-Parr zu berichten weiß.

Ohne Verurteilung hören die Beraterinnen zunächst einmal zu. Wichtig sei es für die Anrufenden, die entstandene Aggressivität als normales Gefühl wahrzunehmen. „Aggression und Konflikte gehören zur Pflege dazu. Dafür muss man sich nicht schämen“, sagt Gabriele Tammen-Parr. „Das Wichtigste ist, in Situationen, wo man Gefahr läuft, gewalttätig zu werden, sofort herauszugehen.“

Danach gehe es darum, die Pflegesituation nüchtern zu analysieren. Bei Überlastungssituationen kann das Hinzuziehen anderer Hilfsangebote die Lösung sein. Bei schwierigen familiären Konflikten sind die Lösungsansätze meist komplexer. „Pflege in Not“ bietet dann bis zu zehn persönliche Beratungsgespräche. Außerdem werden Mediationen angeboten, wenn es beispielsweise in Pflegeheimen zu Problemen kommt. Fortbildungen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen stehen ebenso auf dem Programm. Getragen wird die Beratungsstelle vom Diakonischen Werk Berlin Stadtmitte e.V. Die Senatsverwaltung für Soziales finanziert anderthalb Mitarbeiterinnen. Außer Gabriele Tammen-Parr und Dorothee Unger ergänzen Pflegeberaterin Kristiane Arlt und einige qualifizierte ehrenamtliche Helfer das Team.

Kontakt: Pflege in Not
Bergmannstr. 44, 10961 Berlin
Tel. 030/69598989
E-Mail: pflge-in-not@dw-stadtmitte.de
www.pflge-in-not.de



Kristiane Arlt, Gabriele Tammen-Parr und Dorothee Unger (v.l.n.r.) geben Hilfe in Konfliktsituationen.

1. Preis: Frauen aus der Isolation herausholen allfa beta, München



Igball Selimi und Johanna Kürzinger erhalten den ersten Preis von Staatssekretär Hecken.

„Sie schaffen es, dass Frauen, die sich allein-erziehend um ein Kind mit Behinderung kümmern, trotzdem ihre Lebensfreude nicht verlieren“, zollte Josef Hecken, Staatssekretär im Bundesfamilienministerium, Igball Selimi und Johanna Kürzinger vom Münchner Projekt allfa beta bei der Preisverleihung großen Respekt. Das bundesweit einzigartige Kontaktnetz für allein-erziehende Mütter mit behinderten Kindern bietet den betroffenen Frauen Hilfe beim Umgang mit Behörden, Rechtsberatung und individuelle psychosoziale Beratung, aber vor allem „wollen wir die Frauen miteinander vernetzen. Wir sind eine Gemeinschaft, helfen uns gegenseitig. Die Anbindung an das Netzwerk dient dazu, dass sie wieder spüren, dass sie etwas schaffen können.“ Die Belastungen für die betroffenen Frauen sind enorm: aufopferungsvolle Pflege des behinderten Kindes, Sorgen um die Vernachlässigung möglicher Geschwisterkinder, beruflicher Alltag, die gescheiterte Beziehung zum Vater des Kindes, soziale Isolation. Häufig leiden die betroffenen Frauen unter Schlaflosigkeit, Rückenbeschwerden und Depressionen.

Das Projekt allfa beta, das unter dem Dach des Trägervereins sif e.V. 2007 seine Arbeit aufnahm, möchte die betroffenen Frauen zusammenbringen und Hilfe zur Selbsthilfe anbieten. Durch den regelmäßigen Kontakt zu anderen Frauen in der gleichen Situation wird die soziale Isolation durchbrochen. In monatlichen Offenen

Treffs können die Frauen sich austauschen. Sozialpädagogin Igball Selimi moderiert die Treffen, gibt Unterstützung und Rat. Inzwischen gibt es über 130 Frauen im Netzwerk, die sich auch übers Internet austauschen. Ergänzt wird das Angebot von allfa beta durch betreute Ferienfreizeiten, um den Frauen Erholung vom belastenden Alltag anzubieten. Während sich die Frauen sonst fast ausschließlich um ihre Kinder kümmern, stehen hier auch mal ihre eigenen Bedürfnisse im Mittelpunkt.

Wissenschaftlich begleitet wurde das Projekt durch das Sozialwissenschaftliche Institut München. Bei der Evaluation kam heraus, dass die Frauen, die die Hilfe von allfa beta nutzen, psychisch gestärkt sind und sich belastbarer fühlen. Nach einer finanziellen Wackelphase ist die Finanzierung des Projekts bis 2012 durch die Stadt München gesichert. Die Anerkennung durch den Preis und das Preisgeld in Höhe von 20.000 Euro werden hoffentlich dazu beitragen, das Kontaktnetz langfristig auf sichere Beine zu stellen.

Kontakt: Johanna Kürzinger
sif e.V. – Trägerverein für Frauenprojekte
Sedanstr. 37, 81677 München
Tel. 089/458025-15
E-Mail: kuerzinger@sif.de
www.sif.de



Sozialpädagogin Selimi gibt der alleinerziehenden Mutter Tanja Anz Tipps.

2. Preis: Wenn Bürger sich gegenseitig helfen Bürgerinitiative Stendal e.V., Stendal



Helferin Ingrid Heyer mit Gästen der Tagesstätte.

In Stendal in der dünnbesiedelten Altmark gibt es immer mehr alte Menschen – genauso wie anderswo. Aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit wandern aber immer mehr junge Menschen ab. Doch statt diese Situation einfach zu akzeptieren, hat in der Hansestadt eine Bürgerinitiative eine umfassende Infrastruktur geschaffen, um alte, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen zu unterstützen und zu entlasten.

2004 rief Marion Kristin Mohr zusammen mit mehreren weiteren Gleichgesinnten die „Bürgerinitiative Stendal (BIS) e.V.“ ins Leben. Ausgangspunkt war die häusliche Unterstützung durch ehrenamtliche Helfer. Dann kam eine Betreuung für Demenz- und Schlaganfallpatienten hinzu. In dieser

Tagesstätte werden die Tagesgäste betreut, die Angehörigen können sich in dieser Zeit um andere Dinge kümmern. Die Kosten für die Tagesstätte werden zur Hälfte vom Land Sachsen-Anhalt und den Pflegekassen getragen, den Rest muss der Verein selbst erwirtschaften. Trotzdem versucht die Initiative die Gebühren für die Betreuung durch ehrenamtliches Engagement niedrig zu halten. „Das Hauptziel der Einrichtung ist es, eine breite Vernetzung von generationsübergreifender Nachbarschaftshilfen in Stendal bzw. in der Altmark anzubieten, die von Jung und Alt gebraucht werden.“

Heute engagieren sich über 300 ehrenamtliche Helfer, die regelmäßig geschult werden, in der regionalen Aktionsplatt-

form. Die Vernetzung reicht dabei über enge Kontakte zu kommunalen Stellen, Krankenkassen, Arztpraxen, Pflegediensten und Krankenhäusern. Ebenso vielfältig ist inzwischen auch das Angebot für Angehörige: Monatliche Gesprächskreise zu den Krankheitsbildern Schlaganfall und Demenz, Treffen der Beratungsgruppe „Pflegende Angehörige“, Hilfe bei der Antragstellung für Leistc

Außerdem organisiert die Bürgerinitiative Behandlungstermine bei Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, Reha-Sport, Friseur- und Fußpflegeterminen sowie Hol- und Bringdienste. Damit wird in einer strukturschwachen Gegend generationenübergreifende Solidarität wiederbelebt und gestärkt. Die Bürgerinitiative Stendal ist damit ein Projekt, das es lohnt in andere ländliche und kleinstädtische Regionen zu übertragen.

Kontakt:

Marion Kristin Mohr
Bürgerinitiative Stendal e.V.
Dr.-Gustav-Nachtigal-Str. 5
39576 Stendal
Tel. 03931/490639
E-Mail: info@bisev.de
www.bisev.de



Marion Kristin Mohr hat das Netzwerk in Stendal initiiert.

„Das Erleben von Krankheit ist elementar“

Interview mit Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, zur Bedeutung des Berliner Gesundheitspreises.



BÄ: Herr Dr. Jonitz, der aktuelle Berliner Gesundheitspreis hat auf den ersten Blick keinen direkten ärztlichen Bezug. Warum ist das Thema „Pfleger Angehörige“ aber auch aus Sicht der Ärztekammer Berlin so wichtig?

Jonitz: Bei dem Thema dieses Gesundheitspreises sieht man sehr gut, dass Krankheit nicht nur den Kranken selbst betrifft, sondern auch in höchstem Maße seine familiäre Umgebung. Häufig werden die pflegenden Angehörigen durch die lange und belastende Pflege selbst krank. Die innovativen Hilfsangebote, die sich beim Berliner Gesundheitspreis beworben haben, unterstützen die Angehörigen auf vielfältige Weise. Einerseits werden sie selbst und der Gepflegte entlastet, andererseits sind die Angehörigen durch die Hilfe aber in der Lage, ihrer Aufgabe wieder besser gerecht zu werden.

BÄ: Wenn Sie sich die inzwischen acht vergebenen Berliner Gesundheitspreise anschauen, was hat sich durch die Preise seit 1995 verändert?

Jonitz: Der Berliner Gesundheitspreis hat seinen Fokus immer auf bestimmte relevante Teilbereiche im Gesundheitswesen gelenkt. Mal waren es die Patienten direkt, mal waren es die Ärzte und dieses Mal waren es die Menschen, die durch die Krankheit eines anderen Menschen direkt betroffen sind. Durch dieses Spektrum wird deutlich, wie viele Menschen direkt und indirekt durch Krankheit betroffen sind und dass man in allen Teilbereichen ansetzen muss, um wirklich etwas zu bewegen.

BÄ: In der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkassen gibt es durchaus häufiger Reibungsflächen. Die Ärztekammer Berlin vergibt den Gesundheitspreis jetzt seit 16 Jahren zusammen mit der AOK. Was ist das Besondere an dieser Partnerschaft zwischen einer Krankenkasse und einer Ärztekammer?

Jonitz: Hier arbeiten Ärzte und Krankenkassen zusammen, um gemeinsam Lösungen zu finden. Diese gemeinsame Verantwortung für die Patientenversorgung ist ein wesentliches Element des Berliner Gesundheitspreises. Außerdem verfolgt der Berliner Gesundheitspreis seit 1995 einen bestimmten Ansatz, der sowohl von der AOK als auch von uns getragen wird: Es wird meist in einer sehr technokratisch-ökonomischen Sprache über das Thema Gesundheit geredet. Der Aspekt, der dabei für die Patienten, die Angehörigen, aber auch für die meisten Ärzte und Pflegenden der elementare ist, wird dabei komplett ignoriert: Das Erleben von Krankheit und von Kranksein. Das spielt aber eine extrem wichtige Rolle. Durch diesen Zugang auf der Erlebensebene und das Hinwenden zum Menschen hat man im Gesundheitswesen möglicherweise einen wesentlich besseren Hebel, um zu erkennen, wo die Probleme liegen und einen besseren Hebel, um unnötige Kosten zu vermeiden. Bei den ausgezeichneten Projekten handelt es sich um von Menschen getragene Konzepte, die vor Ort die nötigen Kompetenzen entwickelt haben. Es geht also darum, die Befähigung von Menschen zur Lösung von Problemen zu nutzen, statt aufgesetzte mechanistische Modelle zu verwenden.

Die Jury des Gesundheitspreises

- Dr. Hannelie Döhner, Leiterin des Arbeitsschwerpunktes Sozialgerontologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Rosemarie Drenhaus-Wagner, Erste Vorsitzende der Alzheimer-Angehörigen-Initiative e.V., Berlin
- Dr. Volker Hansen, Verwaltungsratsmitglied der AOK Nordost
- Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin
- Susanne Kahl-Passoth, Direktorin des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg - schlesische Oberlausitz e.V.
- Prof. Dr. Adelheid Kulmey, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie am Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin
- Hilde Mattheis, Mitglied des Deutschen Bundestages und pflegepolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion
- Fritz Schösser, Alternierender Aufsichtsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes
- Wolfgang Zöller, Mitglied des Deutschen Bundestages und Patientenbeauftragter der Bundesregierung
- Willi Zylajew, Mitglied des Deutschen Bundestages und pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Die Berliner Gesundheitspreise seit 1995

Seit 1995 wird der Berliner Gesundheitspreis vom AOK-Bundesverband, der AOK-Nordost (ehemals AOK Berlin-Brandenburg) und der Ärztekammer Berlin verliehen.

	<p>1995 Der Mensch ist das Maß</p>		<p>1998 Gesundheitsziele – Strategien für eine bessere Gesundheit</p>
	<p>2000 Alter und Gesundheit – mehr Qualität durch vernetzte Versorgung</p>		<p>2002 Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege</p>
	<p>2004 Hausarztmedizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis</p>		<p>2006 Im hohen Alter zu Hause leben</p>
	<p>2008 Adherence – Arzt und Patient in gemeinsamer Verantwortung</p>		<p>2010 Auch Helfer brauchen Hilfe – Modelle zur Entlastung pflegender Angehöriger</p>

Delegierte stellen Weichen für „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Bericht von der Delegiertenversammlung am 23. Februar 2011

Die Delegiertenversammlung hat in ihrer 3. Sitzung der neuen Legislaturperiode die Prüfungsordnung für die Fortbildungsprüfungen zur Fachwirtin/zum Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung verabschiedet. Damit wurden die rechtlichen Grundlagen zur Entwicklung und Abnahme von Fortbildungsprüfungen für den neuen Fachwirt bei der Ärztekammer Berlin geschaffen. Außerdem wurde die personelle Neubesetzung der Ausschüsse der Kammer beschlossen und die Berliner Delegierten für den nächsten Deutschen Ärztetag Ende Mai in Kiel benannt (siehe Tabelle).

Von Sascha Rudat

Die Neubesetzung der 19 Ausschüsse, darunter die Weiterbildungsausschüsse und die Haushaltskommission, gestaltete sich auf Grund zweier Personalien etwas aufwändiger als gedacht. Der Ältestenrat hatte sich zuvor mit der Besetzung der Ausschüsse befasst und eine entsprechende Liste mit Mitgliedern vorgeschlagen. Allerdings gab es im Weiterbildungsausschuss VI Vorbehalte gegenüber dem vorgeschlagenen DV-Mitglied Herbert Menzel (Fraktion Gesundheit). Aus den Reihen der Liste Allianz wurde der Antrag auf geheime Einzelabstimmung gestellt. Nach längerer Diskussion über das Für und Wider sowie einer Auszeit wurde der Antrag zurückgezogen, um dem von Seiten der Fraktion Gesundheit gestellten Antrag auf einzelne Abstimmung über alle Ausschussmitglieder zu begegnen.

Darüber hinaus konnte für einen der beiden Stellvertreterposten im Gemeinsamen Weiterbildungsausschuss keine Einigung im Ältestenrat erzielt werden. Aus diesem Grund wurde während der DV eine Abstimmung in geheimer Wahl durchgeführt, die DV-Mitglied Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) knapp gegen Michael Berliner gewann. Nach diesen Änderungen und weiteren Nachbesetzungen verabschiedeten die Delegierten die Ausschüsse dann einstimmig im Block.

Berufsfeld zukunftsfähig gemacht

Im Anschluss stellte die Delegiertenversammlung die Weichen für die Aufstiegsqualifikation zum „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“. Einstimmig verabschiedeten sie die Prüfungsordnung für die Durchführung der entsprechenden Fortbildungsprüfungen. Damit sind die rechtlichen Grundlagen für die Entwicklung und die Abnahme der Prüfungen geschaffen. Regine Held, im Vorstand der Ärztekammer Berlin zuständig für den Bereich Medizinische Fachberufe, stellte die Qualifikation vor: „Mit der neuen Aufstiegsfortbildung wird das Berufsbild der Medizinischen Fachangestellten zukunftsfest gemacht“, (s. Editorial S. 3).

Mit der modular aufgebauten Qualifizierung intensiviert die Ärztekammer Berlin die Fortbildungsaktivitäten im Bereich des ärztlichen Assistenzpersonals. Dies ist vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Entwicklung des Arbeitskräftebedarfs dringend erforderlich. So wird die Zahl der 17- bis 25-Jährigen bis zum Jahr 2030 von 7,7 auf 6,2 Millionen (-19,7%) sinken. Gleichzeitig steigt der Bedarf nach hochqualifiziertem und spezialisiertem Personal im Gesundheitswesen enorm.



Die Ärztekammer Berlin möchte diesem drohenden Personalangel in Arztpraxen mit dieser zukunftsfähigen Fortbildung begegnen.

Unter Federführung der Bundesärztekammer wurden 14 Curricula entwickelt, deren Umfang von 40 bis 270 Unterrichtsstunden reicht. Dabei geht das Themenspektrum vom Ambulanten Operieren über die Palliativversorgung bis zur Elektronischen Praxiskommunikation und Telematik. Das gesamte Fortbildungskonzept ist modular aufgebaut, sodass Themenkomplexe (Module) einzeln belegbar sind und zudem einmal geleistete Fortbildungsmodule ggf. für mehrere Qualifikationen genutzt werden können.

Neues DV-Mitglied

Außerdem gab es noch eine personelle Veränderung in der DV: Neues Mitglied ist Bettina Steinmüller (Marburger Bund). Die Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie rückt für Axel Ekkernkamp nach, der sein Mandat niederlegt.

srd

Delegierte bzw. deren Stellvertreter für den 114. Deutschen Ärztetag 2011 in Kiel:

Liste	Delegierter	Stellvertreter
1.) Marburger Bund	Dr. med. Kilian Tegethoff	Dr. med. Justus Hilpert
2.) Marburger Bund	Dr. med. Sigrid Kemmerling	Dr. med. Jörg Stohrer
3.) Marburger Bund	Dr. med. Werner Wyrwich	Dr. med. Matthias Albrecht
4.) Marburger Bund	Dr. med. Peter Bobbert	Dr. med. Thomas Werner
5.) Marburger Bund	Dr. med. Klaus Thierse	Dorothea Spring
6.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Volker Pickerodt	Hermann Brehme
7.) Fraktion Gesundheit	Dr. med. Wolfram Singendonk	Dr. med. Stefan Hochfeld
8.) Fraktion Gesundheit	Julian Veelken	Dr. med. Herbert Menzel
9.) Fraktion Gesundheit	Katharina Kulike	Dr. med. Eva Müller-Dannecker
10.) Allianz Berliner Ärzte	Prof. Dr. med. Harald Mau	Helmut Mälzer
11.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Svea Keller	Dr. med. Klaus-Peter Spies
12.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Rudolf G. Fitzner	Dr. med. Sabine Krebs
13.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Hans-Detlef Dewitz	Dr. med. Dietrich Bodenstern
14.) Allianz Berliner Ärzte	Dr. med. Christian Handrock	Dr. med. Bernd Müller
15.) Hausärzte im BDA	Dr. med. Hans-Peter Hoffert	Klaus-Dieter Elstermann von Elster
16.) Hausärzte im BDA	Stephan Bernhardt	Dr. med. Veronika Rufer

Nächste Delegiertenversammlung

Die nächste Delegiertenversammlung findet am 13. April 2011 um 20 Uhr in der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, statt. Die Sitzung ist kammeröffentlich.

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen Januar bis Februar 2011 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Shahin Abdoinezhad Mirkouhi	FA Allgemeinmedizin	15.02.11
Nasrin Ali Dousti	FA Allgemeinmedizin	25.01.11
Saud Alzofairi	FA Urologie	27.01.11
Dr. med. Benjamin Antwerpen	FA Anästhesiologie	16.02.11
Dorit Behnke	FA Anästhesiologie	10.01.11
Myriam Behrendt	FA Allgemeinmedizin	22.02.11
Marcel Berger	FA Innere Medizin	19.01.11
Florian Beyer	FA Allgemeinmedizin	22.02.11
Dr. med. Cornelia Bock	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.02.11
Dr. med. Friedrich Boegner	FA Neurologie	14.01.11
Matthias Bohe	FA Nervenheilkunde	11.01.11
Dr. med. Martin Born	FA Innere Medizin	16.02.11
Dr. med. Christian Böwe	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.02.11
Sebastian Brockhaus	FA Neurologie	18.01.11
Carsten Brückner	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	18.01.11
Priv.-Doz. Dr. med. Guido Burbach	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	23.02.11
Christian Camerer	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16.02.11
Dr. med. Steffen Dähmlow	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.01.11
Helene Dirks	FA Innere Medizin	23.02.11
Dr. med. Stefan Dirks	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.02.11
Svetlana Djacenko	FA Innere Medizin	16.02.11
Maike Döbbelin	FA Allgemeinmedizin	15.02.11
Dr. med. Jan Ebbing	FA Urologie	27.01.11
Dr. med. Kai Eggers	FA Innere Medizin	19.01.11
Saadet Ercan-Yolcu	FA Innere Medizin	23.02.11
Dr. med. Stephan Frantzen	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	15.02.11
Dr. med. Mirko Fröhlich	FA Innere Medizin	16.02.11
Dr. med. Michael Glas	FA Innere Medizin	16.02.11
Dr. med. Denis Goldmann	FA Kinderchirurgie	08.02.11
Dr. med. Wibke Graß	FA Innere Medizin	19.01.11
Dr. med. Daniel André Groche	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.01.11
Dr. med. Marion Hanel	FA Gefäßchirurgie	13.01.11
Dr. med. Arnulf Hemberger	FA Allgemeinmedizin	15.02.11
Dr. med. Holger Hofsess	FA Chirurgie	01.02.11
Dr. med. Berthold Ibershoff	FA Innere Medizin und Geriatrie	19.01.11

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Patrick Ingiliz	FA Innere Medizin	09.02.11
Dr. med. Jan Kunkel	FA Innere Medizin	23.02.11
Dr. med. Martin Kaiser	FA Innere Medizin	26.01.11
Dr. med. Phoebe Carina Kaiser	FA Allgemeinmedizin	25.01.11
Dr. med. Kai Kappert	FA Pharmakologie und Toxikologie	15.02.11
Karanfil Karaalioglu	FA Chirurgie	01.02.11
Dr. med. Merle Barbara Keck	FA Nervenheilkunde	11.01.11
Dr. med. Katharina Kielblock	FA Haut- und Geschlechtskrank- heiten	23.02.11
Dr. med. Doris Kim	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16.02.11
Alexander Kirchner	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.02.11
Dr. med. Mark Klemens	FA Radiologie	25.01.11
Dr. med. Marlene Kneifel	FA Innere Medizin	19.01.11
Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Knosalla	FA Gefäßchirurgie	13.01.11
Dr. med. Andrea Kopitzko	FA Innere Medizin	26.01.11
Dr. med. Matthias Krause	FA Gefäßchirurgie	13.01.11
Dr. med. Lutz Kreißl	FA Radiologie	25.01.11
Dr. med. Hans-Peter Kuhne	FA Chirurgie	15.02.11
Nicola Lang	FA Allgemeinmedizin	22.02.11
Dr. med. Peter Langner	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.01.11
Dr. med. Stephanie Liebig	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.02.11
Melanie Lohwasser	FA Visceralchirurgie	11.01.11
Dr. med. Caroline Lorberg	FA Neurologie	25.01.11
Dr. med. Christiane Löser	FA Anästhesiologie	17.01.11
Dr. med. Roland Magerstädt	FA Innere Medizin und Geriatrie	19.01.11
Dr. med. Lieselotte Mahler	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.02.11
Dr. med. Dirk Manefeld	FA Innere Medizin	16.02.11
Rodanthi Margariti	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.01.11
Dr. med. Dörte Miegel	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.02.11
Petra Mölter	FA Allgemeinmedizin	25.01.11
Dr. med. Jens Neudecker	FA Thoraxchirurgie	11.01.11
Dr. med. Thomas Nicolaus	FA Chirurgie	15.02.11
Dr. med. Maya Niethard	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	11.01.11
Dr. med. Kathrin Nowka	FA Innere Medizin	19.01.11
Christina Panelli	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	18.01.11
Leopold Karl Peter Pankofer	FA Allgemeinmedizin	22.02.11

P E R S O N A L I E N

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Silke Polata	FA Innere Medizin	26.01.11
Dr. med. Jan Preiß	FA Innere Medizin	16.02.11
Constance Raimer	FA Anästhesiologie	10.01.11
Dr. med. Christiane Reichardt	FA Hygiene und Umweltmedizin	17.02.11
Dr. med. Olaf Schmidt	FA Visceralchirurgie	11.01.11
Dr. med. Miriam Schneider	FA Anästhesiologie	10.01.11
Dr. med. Sven-Uwe Schöpe	FA Innere Medizin und Geriatrie	19.01.11
Dr. med. Ulrike Lange	FA Kinder- und Jugendmedizin	12.01.11
Dipl.-Med. Dagmar Schulze	FA Psychiatrie und Psychotherapie	22.02.11
Lena Schulze-Bubert	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.02.11
Mehran Sheikhi	FA Urologie	27.01.11
Dr. med. Michael Singer	FA Kinderchirurgie	08.02.11
Henryk Stein	FA Anästhesiologie	16.02.11
Gatherina Stolz	FA Frauenheilkunde und Geburts- hilfe	16.02.11
Dr. med. Anna Stracke	FA Anästhesiologie	10.01.11
Marc Strathmann	FA Innere Medizin	09.02.11
Dr. med. Cornelia Strunz	FA Gefäßchirurgie	13.01.11
Dr. rer. nat. Miriam Süsskind	FA Allgemeinmedizin	22.02.11

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Evangelos Tzimas	FA Anästhesiologie	16.02.11
Dr. med. Axel Unbehaun	FA Herzchirurgie	11.01.11
Florian Urban	FA Anästhesiologie	17.01.11
Dr. med. Dennis Vogt	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.02.11
Dr. med. Alexander Voigt	FA Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	16.02.11
Dr. med. Susanne von der Heydt Freifrau von Massenbach	FA Kinderchirurgie	08.02.11
Dipl.-Phys. Dr. med. Peter Warnick	FA Chirurgie	15.02.11
Dr. med. Gordon Weinberg	FA Innere Medizin	26.01.11
Dr. med. Doris Weitzel-Kage	FA Hygiene und Umweltmedizin	17.02.11
Dr. med. Andreas Wiefel	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	18.01.11
Dr. med. Michael Winter	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	22.02.11
Selcuk Ismail Yildirim	FA Gefäßchirurgie	13.01.11

* Die Liste ist nicht vollständig. Nur die Namen der Ärztinnen und Ärzte, die uns eine schriftliche Einverständniserklärung für den Abdruck gegeben haben, werden in BERLINER ÄRZTE publiziert.

ANZEIGEN

ANZEIGENSCHLUSS

Ausgabe 5/2011: 04. April 2011

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 ▶ **Ärzte ▶ Fortbildung ▶ Fortbildungen der ÄKB**. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die von der ÄKB zertifiziert wurden und Fortbildungspunkte erhalten haben, können im

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ 25.05.2011 (Teil 1) 01.06.2011 (Teil 2)	Täuschung und Manipulation mit Zahlen Zweiteiliges Statistikseminar zum kritischen Umgang mit Zahlen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1205, E-Mail: a.hofmann@aekb.de Teilnehmergebühr: 40 € für beide Teile; Teil 1 und 2 auch einzeln buchbar	8 P (4 P pro Teil)
■ 09.04.2011	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 135 €	9 P
■ 09.05.-11.05.2011	Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
■ 12.05.-14.05.2011 16.06.-18.06.2011 15.09.-17.09.2011 09.12.2011	Ärztliche Führung - ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 25)	WannseeForum und Evang. Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: aerztliche-fuehrung2011@aekb.de	80 P
■ 06.06.-08.06.2011	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 250 €	21 P
■ 08.06.-10.06.2011 10.06.2011	Spezialkurs im Strahlenschutz - bei der Röntgendiagnostik - bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Spezialk. Rö.-diag: 220 € Spezialkurs CT: 70 €	20 P (Spezialkurs Röntgendiagnostik) 5 P (Spezialkurs CT)
■ 19.08.-20.08.2011	Breaking Bad News Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin zu überbringen (weitere Informationen s. S. 25)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel: 40806-1400 E-Mail: c.markl@aekb.de Anmeldung: i.wegner@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
■ 05.09.-14.09.2011 (Kursteil A1) 14.09.-23.09.2011 (Kursteil A2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: Kurs A: 960 € Kursteile A1, A2: 480 €	60 P pro Kursteil
■ 26.09.-01.10.2011 07.11.-12.11.2011 12.12.-17.12.2011	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1207 (Organisation), 40806-1400 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2011@aekb.de	150 P

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum „Ärztliche Führung“ der Bundesärztekammer

Ob Sie nun eine Station, eine Abteilung, eine Klinik oder eine Praxis, ein MVZ führen: Für jede Ärztin und jeden Arzt ist Führung heute ein selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit. Neben dem anspruchsvollen medizinischen „Kerngeschäft“ fordern dabei vielfältige, oft widersprüchliche nicht-medizinische Interessen Aufmerksamkeit, Zeit und Energie. Aber: **Wie vereint man Arzt- und Manager-Sein?** Wie kann man im komplexen Netzwerk Einfluss nehmen und Initiativen wirkungsvoll umsetzen?

Der Kurs der Ärztekammer Berlin stellt die Führungsperson selbst in den Mittelpunkt. Denn Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Der Kurs erweitert Ihre Führungskompetenzen. Er vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und sowie ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln.

Bei abendlichen Kammingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm mit Protagonisten aus dem Gesundheitswesen aktuelle Fragestellungen der Führung und der Gesundheitspolitik diskutiert.

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

Kursleitung: Dr. med. Peter Berchtold

Termine:

Modul 1: Die Praxis des Führens, Donnerstag 12.05. – Samstag 14.05.2011

Modul 2: Führen als interaktiver Prozess, Donnerstag 16.06. – Samstag 18.06.2011

Modul 3: Gesundheitspolitischer Rahmen / betriebswirtschaftliche Steuerung / Change Management, Donnerstag 15.09. – Samstag 17.09.2011

Modul 4: Sicherung des eigenen Konzepts, Freitag 09.12.2011

Veranstaltungsorte: wannseefORUM und Evang. Bildungsstätte auf Schwanenerwerder

Kursgebühr: 3.400 Euro ohne Übernachtung / 3.850 Euro mit Übernachtung 80 Fortbildungspunkte

Anmeldung: aertzliche-fuehrung2011@aekb.de

Breaking Bad News

Die ärztliche Kunst, schlechte Nachrichten in der Medizin 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 19.08.2011 – Samstag 20.08.2011

Ort: Ärztekammer Berlin

Anmeldung: i.wegner@aekb.de (Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt)

Inhaltliches: Ch. Markl-Vieto, Tel. 40806-1400, E-Mail: c.markl@aekb.de 290 Euro, 17 Fortbildungspunkte

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2011 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ als curriculäre Fortbildung an. Allgemeine Grundlagen zur Begutachtung und Anforderungen an Gutachten sowie spezielle Fragestellungen der Versicherungs- und Sozialleistungsträger bilden Schwerpunkte des Curriculums. Dabei werden nicht nur medizinisch-fachliche Fragen, sondern auch juristische, sozialversicherungsrechtliche und rechtsmedizinische Aspekte der Begutachtung in deren Grundlagen behandelt. Anhand von Fallvorstellungen diskutieren ausgewiesene Experten fachspezifische Fragen der Begutachtung. In den freien Intervallen zwischen den Präsenzveranstaltungen erstellen die Teilnehmer zwei Gutachten, deren Ergebnisse im Plenum zusammengefasst werden.

Wiss. Leitung: Prof. Dr. P. Marx (ehemals Neurologische Klinik, Charité-Campus Benjamin Franklin, Berlin)

Termine: Modul I: 13./14.05.2011 / Modul II: 20./21.05.2011

Modul III: 17./18.06.2011

(freitags jeweils 13.00-19.30 Uhr, samstags jeweils 08.00-14.00 Uhr)

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Bei erfolgreicher Teilnahme an allen drei Modulen wird eine Teilnahmebescheinigung der Ärztekammer Berlin ausgestellt. 45 Fortbildungspunkte (15 Punkte pro Modul). Die Teilnahmegebühr für die Module I-III beträgt insgesamt 400,- €.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin

Patientensicherheit – DAS Thema in Arztpraxis und Apotheke

Spricht man von Patientensicherheit, so beinhaltet dies den Schutz von Patienten vor unerwünschten Ereignissen. Mögliche Schäden sollen vermieden, verhütet oder entstandene gemindert werden. Um Patientensicherheit zu verbessern, ist die Entwicklung einer strukturierten patientenorientierten Sicherheitskultur geboten.

Ein erheblicher Anteil der in Fehlermeldesystemen berichteten Vorfälle betrifft Medikamentenverwechslungen. Berufsgruppenübergreifend werden verschiedene praxistaugliche Modelle zur Reduzierung von Risiken und zur Prävention vermeidbarer Behandlungsschäden erprobt.

Erfahrungsaustausch schafft gegenseitiges Verständnis und bildet die Grundlage für ein effizientes Risiko- und Fehlermanagement. Beide Vorträge der Veranstaltung widmen sich Fragen, die Ärzte und Apotheker an ihren jeweiligen Arbeitsstätten betreffen: Welche Sicherheitsrisiken ergeben sich an der Schnittstelle zwischen Apotheke und Arztpraxis? / Wie kann durch Personalschulung und klare Strukturierung von Abläufen die Sicherheit erhöht werden? / Wie können Medikationsfehler analysiert werden? / Welches Sicherheitspotenzial steckt in einfachen Modifikationen an Verpackungen, um Verwechslungen oder Falschanwendungen zu vermeiden?

Im Anschluss an die Vorträge können weitere Aspekte mit den Referenten diskutiert werden.

Referenten:

Dr. med. Barbara Hoffmann, MPH, Leiterin des Arbeitsbereichs Patientensicherheit / Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Dr. Torsten Hoppe-Tichy, Leiter der Apotheke des Universitätsklinikums Heidelberg

Moderator: Dr. Christian Heyde, Vorsitzender der Kommission Arzt/Apotheker der Apothekerkammer Berlin

Termin: 25.05.2011, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung / Hörsaal; Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anerkannt mit 3 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Die Bundesärztekammer hat kürzlich das Curriculum „Ärztliches Peer Review“ eingeführt. Die Ärztekammer Berlin war an der Konzeption maßgeblich beteiligt. BERLINER ÄRZTE sprach mit Dr. Erich Fellmann, dem Vorsitzenden des Ausschusses Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement der Kammer, über das Verfahren und was es den Ärztinnen und Ärzten bringt.

„Berührungängste werden zunehmend ausgeräumt“

BÄ: Herr Dr. Fellmann, was genau verbirgt sich hinter der Bezeichnung „Ärztliches Peer Review“ und worum geht es bei diesem Verfahren?

Das Peer Review Verfahren ist ein fast 100 Jahre altes Instrument zur Qualitätsförderung und Qualitätssicherung in der Medizin.

Es ist ein Teil des PDCA-Zyklus im internen QM-System einer Einrichtung wie z.B. auch Visiten, M+M-Konferenzen und interne Audits und gehört somit zu den externen, also vergleichenden Qualitätssicherungsverfahren wie das gesetzlich vorgeschriebene BQS/Aqua-Verfahren. Im Peer Review Verfahren werden anhand von Routinedaten mögliche Auffälligkeiten im Behandlungsergebnis zunächst klinikintern erfasst und hinsichtlich der Prozessqualität bewertet. Die Selbstbewertung steht dabei also an erster Stelle. An zweiter Stelle folgt die Begehung durch ein Team von drei bis vier Peers (Gleichwertigen = Chefärzten), die mittels Krankenakten versuchen, Behandlungsabläufe plausibel nachzuvollziehen (Review) und mögliche Verbesserungspotentiale daraus abzuleiten. Das Ergebnis wird dann im kollegialen Dialog mit den Abteilungsleitern ausführlich besprochen.

In diesem kollegialen Dialog werden auf Augenhöhe, ohne Kritik und Besserwisseri gemeinsame Lösungen und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit herausgearbeitet.

Das gemeinsame Ergebnis wird dann dem jeweiligen Verwaltungsleiter oder Geschäftsführer vorgestellt und die gewünschte Umsetzung der Verbesserungsmaßnahme gleich angestoßen.

So wurden bei einer Pilotbegehung beispielsweise umgesetzte Ablaufkorrekturen bereits nach 14 Tagen gemeldet.

BÄ: Das Fortbildungskonzept der Bundesärztekammer beinhaltet nicht nur theoretische

Lehrinhalte zur Auswertung von Daten der Qualitätssicherung und Patientenversorgung, sondern zielt insbesondere auf das kollegiale Miteinander, die gemeinsame fachliche Begutachtung ab. Was ist Ihrer Meinung nach das Besondere an dieser Fortbildung? Wo sehen Sie Vorteile, wo ggf. Nachteile?

Das Curriculum ist gedacht als Grundlage für eine strukturierte und standardisierte Schulung der von den Kliniken angemeldeten Chefärzte, die Peers werden wollen. Bei dem großen Bedarf an Peers und einer immer größer werdenden Zahl von zu behandelnden Kliniken ist es unumgänglich, ein überzeugendes Schulungskonzept anzubieten, das eine gleichwertige und einheitliche Qualität der Fortbildung garantiert.

Im Curriculum sind die Grundlagen des Verfahrens, vor allem die Aufgaben und Verhaltensweisen der Peers vor Ort, erklärt. Dabei wird besonderen Wert darauf gelegt, dass neben den theoretischen Grundlagen auch die Gesprächsführung im kollegialen Dialog gelernt und trainiert wird. Dies ist der sensibelste und wichtigste Bereich des ganzen Verfahrens. Versagen die Peers im Gespräch, scheitert das gesamte Verfahren. Versierte Peers, die im Moment noch aus dem HELIOS-Konzern* kommen, wo das Verfahren als konzerninternes Qualitätsverbesserungsverfahren seit vielen Jahren praktiziert wird, sind deshalb wichtige Stützen für die Schulung.

BÄ: Wie hoch schätzen Sie die Akzeptanz unter Ärzten für dieses Verfahren bzw. für diese Fortbildung ein? Gibt es evtl. Berührungängste mit diesem Thema?

Alle bisherigen Erfahrungen zeigen eine gute Akzeptanz. Natürlich gab und gibt es Berührungängste, die sich aber zunehmend ausräumen lassen oder sich von selbst erledigen. So hören wir häufig:

„Bitte nicht schon wieder ein neues Qualitätssicherungsverfahren, wir dokumentieren doch schon wahrlich genug. Diese Inflation von allem, bei dem Qualität... voransteht...“

Aber dieses Verfahren gründet sich genau auf die Routinedaten, die sowieso erhoben werden müssen und den härtesten Qualitätsindikator abbilden, den wir haben, „Letalität“. Es entsteht also kein erweiterter Dokumentationsaufwand. Und dieses Verfahren bietet weiter als alle anderen Datenerhebungsverfahren die Möglichkeit, mit der Frage nach dem „warum“ direkt Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung abzuleiten.

Vorbehalte, sich mit den Ergebnissen der offenen Diskussion unter Gleichrangigen zu stellen und mögliche Fehler zu besprechen, schwinden bald, wenn der kollegiale Dialog so abläuft wie vorgesehen: Ohne Kritik und Anklage, ohne Rechtfertigungsnot, anonym mit Experten weit außerhalb einer möglichen Konkurrenzsituation im Austausch gegenseitiger Argumente und ohne Ranking-Ängste.

Außerdem konnten wir feststellen, dass die Beteiligung der Ärztekammern eine gewisse Neutralität darstellt, die durchaus positiv bewertet wurde.

Und wenn es erst ein Zertifikat, ein Gütesiegel der Ärztekammer gibt – wir arbeiten daran – dann mache ich mir über eine Akzeptanz überhaupt keine Sorge mehr.

Das Interview führte Michaela Peeters

Die Ärztekammer Berlin unterstützt von Beginn an die „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM), die seit fast anderthalb Jahren Peer Reviews in Kliniken durchführt und die gemeinsame fachliche Begutachtung von Daten zur Patientensicherheit praktiziert. Über 130 Kliniken sind mittlerweile daran beteiligt. Die HELIOS-Kliniken (*) gehören zu den Gründungsinitiatoren.

Näheres finden Sie unter:
www.initiative-qualitätsmedizin.de
<http://www.baek.de/presse>

Volksinitiative will Nicht- raucherschutz stärken

Die Volksinitiative „Frische Luft für Berlin“ macht sich für einen weitgehenden Nichtraucherschutz in Berlin stark. Zu den Unterstützern gehören auch ärztliche Verbände wie der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen, der Lungenfachärzterverband Berlin-Brandenburg und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (Landesverband Berlin).

Das Berliner Nichtraucherschutzgesetz vom Mai 2009 bietet nach Ansicht der Organisatoren keinen ausreichenden Schutz für Nichtraucher. Ausnahmen vom Rauchverbot und ungenaue, kaum kontrollierbare Regelungen führen dazu, dass in vielen Kneipen, Bars und Restaurants wieder geraucht wird. Von einem Schutz für Nichtraucher könne in Berlin keine Rede sein, erklärten die Berliner Pneumologen Professor Robert Loddenkemper (ehemals Lungenklinik Heckeshorn) und Professor Wulf Pankow (Vivantes-Klinikum Neukölln), Unterstützer der Initiative.

Die Hauptforderungen der Initiative sind:

- rauchfreie Gaststätten
- rauchfreie Bars und Kneipen
- rauchfreie Cafés
- rauchfreie Diskotheken und Clubs
- rauchfreie Kinderspielplätze

Niemand könne derzeit exakt sagen, wie groß der Anteil der Raucherlokale und der Gaststätten mit Raucherraum am Berliner Gastgewerbe ist. Die Mitarbeiter der Berliner Behörden haben den Angaben zufolge bislang 636 Gaststätten, die als reine Rauchergaststätten geführt werden. Ob die übrigen Gaststätten in Berlin tatsächlich rauchfrei sind, sei unklar. Es gibt keine Zahlen über Gaststätten, in denen nur in einem Bereich geraucht wird, und keine umfassenden Überprüfungen, inwieweit dieser Bereich dann auch den vorgeschriebenen Schutz gewährleistet. Im Jahr 2009 seien mehr als 1.200 Verstöße gegen das Berliner Nichtraucherschutz-

schutzgesetz festgestellt worden. Es sei davon auszugehen, dass diese Zahl nur die Spitze des Eisberges darstellt, so Loddenkemper und Pankow, ein hinreichender Nichtraucherschutz sei also nicht gewährleistet.

Insgesamt führe das zu einer starken Passivrauchbelastung von Nichtrauchern, Jugendlichen und insbesondere auch Angestellten der Gastronomiebetriebe. Berlin brauche eine klare Regelung des Nichtraucherschutzes ohne Ausnahmen, so die Forderung der Initiatoren.

Ziel der Volksinitiative

Ziel der Volksinitiative ist es, den Nichtraucherschutz stärker in der Gesetzgebung zu verankern. Deshalb sollen innerhalb von sechs Monaten mindestens 20.000 Unterschriften gesammelt werden. Wird diese Marke erreicht, muss das Abgeordnetenhaus sich daraufhin innerhalb von vier Monaten mit dem Vorschlag befassen. Bislang konnten über 15.000 Unterschriften gesammelt werden. Unterschriftsberechtigt sind alle Berlinerinnen und Berliner, die mindestens 16 Jahre alt sind. Eine Volksinitiative ist den Angaben zufolge ökonomischer als ein Volksbegehren. Sie kostet das Land Berlin kein Geld und es muss kein aufwendiger Wahlvorgang organisiert werden. Das Ziel der Initiative ist es deshalb, die Parteien vor der Abgeordneten-

www.frische-luft-fuer-berlin.de

Volksinitiative
FRISCHE für
LUFT BERLIN

Unterschreiben
für rauchfreie Gaststätten
und Kinderspielplätze!

hauswahl dazu zu bringen, sich die Forderungen der Volksinitiative zu eigen zu machen und sich klar zum Thema Nichtraucherschutz zu positionieren.

In dem im Mai 2009 beschlossenen Nichtraucherschutzgesetz sollen nach dem Willen der Initiative vor allem Ausnahmeregelungen gestrichen werden. Die geforderten Änderungen in dem Gesetz finden sich detailliert auf der Homepage der Initiative.

Weitere Informationen unter:
www.frische-luft-fuer-berlin.de

ANZEIGE

Netzwerk CIRS-Berlin: Der aktuelle Fall

Das Netzwerk CIRS-Berlin ist ein Modell-Projekt in dem die Ärztekammer Berlin (ÄKB), das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und ca. 20 Berliner Krankenhäuser gemeinsam neue Wege zur Patientensicherheit beschreiten wollen.

In einem gemeinsamen Berichtepool werden Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden in anonymisierter Form aus stationären Berliner Einrichtungen gesammelt. Entscheidend für den Erfolg sind die internen CIRS Systeme, die den Kliniken einerseits vollkommene Kontrolle über die anonym eingehenden Fälle bieten und es andererseits ermöglichen, Fehlerquellen in den Häusern schnell zu beseitigen. So werden Gefahrenpotentiale für Patienten und Mitarbeiter minimiert, was wiederum für die Berichtenden zu einer hohen Akzeptanz des Projektes führt. Die Veröffentlichung der Berichte führt bei den Leserinnen und Lesern zu einem Lerneffekt, sodass diese kritischen Ereignisse in den anderen Kliniken vermieden werden können.

In den an der Ärztekammer Berlin angesiedelten regelmäßig tagenden Gremien der Anwender des Netzwerks entwickeln diese gemeinsam mit der ÄKB und dem ÄZQ Strategien, um bekannt gewordene Fehlerquellen zu beseitigen und die Sicherheitskultur in den Einrichtungen weiter zu entwickeln.

Der Bericht „Notsectio-Alarm nach Nirgendwo“

Fachgebiet: Anästhesiologie

Was ist passiert?

Für den Außendienst der Anästhesie war ein Assistenzarzt eingeteilt. In das Aufgabengebiet fällt dann neben der Prämedikation auch der Kreißsaal. Zur Unterstützung des jungen Kollegen hatte auch ein Kollege einen Dienstpieper der

Anästhesie. Zu einer Notsectio an diesem Tag fanden sich dann alle beteiligten Ärzte und Pflegende im Kreißsaal ein, mit Ausnahme des Assistenzarztes. Diesen piepte man mit der Nachfrage, wo er denn bliebe, an. Er hatte den Notsectio-Alarm nicht bekommen und war somit der Prämedikationstätigkeit nachgegangen. Er begab sich dann schleunigst in den Kreißsaal. Zusammen mit dem Kollegen kontrollierte er den Pieper. Dabei musste festgestellt werden, dass auf dem Anästhesiepieper, welche der Assistenzarzt hatte, kein Notsectio-Alarm programmiert war.

Was war das Ergebnis?

Da an diesem Tag zwei Personen der Anästhesie jeweils einen Dienstpieper hatten und nur eine der beiden nicht alarmiert wurde, entstand in diesem Fall kein Schaden für die Patientin. Entscheidend wäre es gewesen, hätte z.B.: in der Nacht der diensthabende Anästhesist den nicht ausreichend programmierten Pieper gehabt und wäre somit nicht zu einer Notsectio alarmiert worden. Es hätte zu einer deutlichen Verzögerung der Sectio und somit zur Gefährdung von Mutter und Kind kommen können.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Als Arzt verlässt man sich auf die Richtigkeit der auf dem Pieper programmierten Alarme. Um Fehler zu vermeiden, sollte man den Pieper nach Entnahme aus der Ladestation auf seine Programme überprüfen. Nur so kann man sicher gehen, ob alle wichtigen Alarme auf dem jeweiligen Pieper vorhanden sind.

Tipps und Kommentare des Anwender-Forums

- Die Pieperprogrammierung ist durch die Ärzte mit vielen Komplikationen



verbunden (Fehlende technische Einarbeitung, schlechte Menüführung und fehlende Praxis der Programmierung bzw. Kontrolle). Sie sollte durch eine zentrale Stelle vorgenommen werden (z. B. Telefonzentrale, Pförtner).

- Nach Umstellung einer Nummer immer einen Testrückruf durchführen.
- Notrufnummern auf dem Dienstpieper sollten nicht löschar mit der Nummer des Diensthabenden verbunden sein.
- Ein aktueller (und korrigierter) Dienstplan sollte im Kreißsaal immer vorliegen, um einen alternativen Zugangsweg zu den Diensthabenden zu haben.
- Separater Notsectio Pieper oder Routinetestalarm (durch die Technik) zum Dienstbeginn mit Rückmeldung durch den Diensthabenden.

Kontakt:

Christa Markl-Vieto
Tel. 030/40806-1400
E-Mail: c.markl@aekb.de

David gegen Goliath

Arzneitherapie evidenz- oder marketingbasiert?

Ärzte geben Ärzten praktische Tipps für eine wirksame und möglichst sichere Arzneitherapie. Sie versuchen auch, die Kollegen durch Aufklärung gegen sachfremde Einflüsse immun zu machen. Und das seit einem Jahrhundert. Typisch für die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Selbst auf ihrer Jubiläumssitzung während des BÄK-Forums in Berlin gab's kein Fest-Brimborium, sondern jede Menge Informationen.

Die Ärzte hatten es satt – jedenfalls ein paar besonders verantwortungsbewusste und kompetente. Sie bildeten eine kleine Kommission und wandten sich an ihre Kollegen: „Wir ... haben die Überzeugung, dass auf dem Gebiete der neuen Arzneimittel zahllose Übelstände herrschen. Unter den praktischen Ärzten ist diese Überzeugung offenbar nicht so verbreitet, denn sonst hätten sie sich den Unfug schon selbst nicht gefallen lassen und der Schwindel hätte nicht diesen Umfang annehmen können...“

Das Zitat ist hundert Jahre alt und noch immer aktuell. Der Umfang des „Schwindels“ und „Unfugs“ hat sogar gewaltig zugenommen. Vom Kampf Davids gegen Goliath sprach Bruno Müller-Oerlinghausen in seinem Rückblick auf ein Jahrhundert „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)“, deren Vorsitz der unerschrockene Berliner Klinische Pharmakologe von 1994 bis 2006 inne hatte. Gegründet wurde sie auf dem Internistenkongress 1911 in Wiesbaden (zugeordnet damals der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, heute der Bundesärztekammer).

Aus einer Handvoll Gründungsmitgliedern – darunter der Göttinger Pharmakologe Wolfgang Heubner und der Berliner Internist Georg Klemperer – wurden heute 34 ordentliche und 129 außerordentlich Mitglieder, alle ehrenamtlich tätig. Alle müssen eine „Unabhängigkeitserklärung“ abgeben, wie Karsten Vilmar das nannte. Als Ehrenpräsident der Bundesärztekammer hatte er die Vortragsreihe eröffnet und dabei beklagt, dass Arzneimittel noch immer „mit wenig Information und viel Werbung in den Markt gedrückt“ würden und

dass in Deutschland dem Wettbewerbsrecht ein höherer Rang eingeräumt werde als der Patientensicherheit. Für eine rationale und sichere Arzneimitteltherapie seien objektive Informationen unerlässlich.

Als ersten Schritt hierzu durchforstete die Arzneimittelkommission damals alle Inserate und für Medikamente werbende Artikel, die 1911 in verbreiteten medizinischen Zeitschriften erschienen. Der zweite Schritt war die Bewertung des Wahrheitsgehalts dieser Werbetexte und damit auch der angepriesenen – und vielfach ungeprüften – Präparate sowie ihre Gliederung in drei Listen: Positiv, negativ, umstritten. Sie wurden als Beilage zum ärztlichen Vereinsblatt allen Ärzten zugestellt.

Wie ehrlich sind Inserate? Bewertung vor 100 Jahren

„Die außerordentliche Überhandnahme der Produktion von Arzneimitteln, Kompositionen, Nährmitteln und ähnlichen zu therapeutischen Zwecken dienendem Mitteln und die zahlreichen Anpreisungen derselben in den medizinischen Zeitschriften haben den Ausschuss des Deutschen Kongresses für Innere Medizin veranlasst, Vorkehrungen zu treffen, um die Ärzte und damit die Kranken nach Möglichkeit vor Täuschungen durch die Arzneimittelreklame zu bewahren...“

(Einleitung zur ersten Arzneimittelliste, erschienen als Beilage zum „Ärztlichen Vereinsblatt für Deutschland“ am 14. Mai 1912)

Selbst in Teilen der Ärzteschaft führten diese Bewertungen zu kritischen bis aggressiven Reaktionen. Die Fachpresse fürchtete um ihre Anzeigen, denn die Industrie drohte mit deren Entzug – wie noch heute.

1963 zum Beispiel klagte die Pharmaindustrie gegen die Publikation von Warnungen vor Arzneimittelrisiken. 1975 setzte es die Firma Madaus sogar durch, dass aus dem schon gedruckten Deutschen Ärzteblatt Warnungen herausgerissen wurden. 1995 erwirkte die Firma Knoll eine Einstweilige Verfügung in Sachen Cordichin. Daraus wurde aber ein Sieg für David: Die AkdÄ erreichte es, dass künftig die Öffentlichkeit über noch laufende Stufenpläne wegen Arzneimittelrisiken informiert werden durfte.

Noch einen großen Erfolg konnte Müller-Oerlinghausen für die AkdÄ nennen: 1925 erschien die erste Ausgabe ihrer „Arzneiverordnungen“, noch heute ein Standardwerk für praxisingerechte und objektiv bewertende Informationen über Medikamente.

Auch für ein Arzneimittelgesetz und ein Prüfungsamt plädierte die AkdÄ frühzeitig. Aber erst die Contergan-Katastrophe öffnete auch der Politik die Augen. Einen völlig unregelmäßigen Arzneimittelmarkt durfte es nicht länger geben. 1976 wurde das Arzneimittelgesetz verabschiedet – unvollkommen zwar, aber ein Anfang.

Arzneimittelschäden können Ärzte oft vermeiden

Sichere Medikamente sind das eine, sie auch sicher zu verschreiben das andere. Wichtige Hinweise für die Verordnungspraxis gab auf der Jubiläumssitzung die Klinische Pharmakologin Petra Thürmann (Wuppertal/Witten-Herdecke). Da ging es um Nebenwirkungen, die nicht einem Präparat selbst zu Eigen sind, also um „unerwünschte Ereignisse“, die sich vermeiden lassen. Die Auswertung verschiedener Studien ergibt, dass der Arzt mindestens 20 Prozent dieser Schäden verhindern kann, wenn er jedes Mal prüft:

- Bekommt der richtige Patient das richtige Medikament zur richtigen Zeit in der richtigen Dosis?

War das Mittel überhaupt indiziert? Bei knapp vier Prozent aller Nebenwirkungen konnte die Indikation für das verdächtige Medikament nicht bestätigt, zeigt eine Analyse im Netzwerk der regionalen Pharmakovigilanzzentren. Wurden Kontraindikationen oder Vorsichtsmaßnahmen nicht beachtet, etwa das ungünstige Nutzen-Risiko-Verhältnis bestimmter Arzneimittel im Alter ignoriert? Wie lassen sich Interaktionen vermeiden, wenn alte Multimorbide Cocktails von Mitteln schlucken, die alle einzeln leitliniengerecht ausgewählt wurden? Fünf Prozent aller stationären Patienten werden wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen aufgenommen, die Hälfte infolge Interaktionen. Und noch eine Fehlerquelle: Ist die Dosierung dem individuellen Patienten angepasst? Wurden Körpergewicht, Nierenfunktion, Komorbiditäten und Komedikation berücksichtigt?

Tipps für nebenwirkungsarme, weil altersgerechte Arzneitherapie

Auch in Deutschland gibt es jetzt eine Liste von Medikamenten, die im Alter (z.B. wegen Niereninsuffizienz) anders zu dosieren oder auch ganz zu vermeiden sind: die PRISCUS-Liste (www.priscus.net). Eine Studie mit Hausärzten soll klären, ob die im Alter besonders häufigen Arzneimittelschäden mit Hilfe der Liste zurückgehen. Nützlich ist auch das Kapitel „Arzneimittel im Alter“ in den „Arzneiverordnungen“ der AkdÄ, 22. Aufl. 2009, S. 1295-1302.

Sind Sie auch so risikofreudig?

Eine umsichtige Verordnung allein genügt nicht, zur sicheren Arzneitherapie gehört auch das Monitoring. Zum Beispiel, so Petra Thürmann weiter, sollte zwei Wochen nach Beginn einer Behandlung mit ACE-Hemmern, AT₁-Antagonisten und Diuretika (vor allem Spironolacton) die Nierenfunktion überprüft werden. Beim Monitoring wird anscheinend viel versäumt. Nach einer britischen Untersu-

chung wurden vor und während einer Thiazid-Therapie die Serum-Elektrolyte nur bei einer Minderheit der älteren Patienten gemessen. Aber 13,7 Prozent hatten eine Hyponatriämie und 8,5 Prozent eine Hypokaliämie.

„Ärzte neigen zu einem gewissen riskanten Verhalten“, sagte Petra Thürmann ganz sachlich. Warnhinweise nützen anscheinend wenig, wie zumindest amerikanische Studien zeigten. Zahlreiche „Dear Doctor“-Briefe seit 1995 führten in den Staaten sogar zur Mehrverordnung von Cisaprid – bis es endlich 2006 vom Markt genommen wurde. Studien über die Folgen von Rote-Hand-Briefen scheint es noch nicht zu geben. Aber Warnhinweise sollten ebenso wie Medikamente auf ihren Nutzen geprüft werden.

Das gilt auch für genetische Tests zur Vermeidung unerwünschter Wirkungen. Nur ein einziger habe bisher etwas gebracht, sagte die Pharmakologin: Abacavir-Hypersensitivität, die HIV-Patienten das Leben kosten kann. Auch bei den elektronischen Verordnungshilfen sieht Petra Thürmann noch viele Probleme: „Man ärgert sich einmal und ignoriert dann die Software.“ Um Verordnungsqualität und Arzneimitteltherapiesicherheit nachhaltig zu verbessern, empfiehlt sie eine qualifizierte und unabhängige Fortbildung, die das Klinik- und Praxisteam einbezieht – auch die Pharmazeuten, ergänzt Müller-Oerlinghausen, der es bedauert, dass deutsche Klinikstationen schlecht mit Apothekern ausgestattet sind.

Innovations-Irrglaube

Die Hersteller begnügten sich bei den nötigen Studien zum Zwecke der Zulassung meist „mit dem minimal möglichen Aufwand“, meinte der Bremer Klinische Pharmakologe Bernd Mühlbauer. Dreiarmlige Studien, in denen das Prüfmit dem Standardpräparat und nicht nur mit Placebo verglichen wird, seien dringend zu fordern, sagte auch Ursula Gundert-Remy (stellvertretende AkdÄ-Vorsitzende). Und nach der Zulassung?

Die frühe vergleichende Nutzenbewertung ist nach Mühlbauer kein Ersatz für

einen vollständigen evidenzbasierten Bericht über das Nutzen-Risiko-Verhältnis, das bei der Zulassung kaum zu beurteilen sei. Eine Befragung ergab aber, dass 100 Prozent der Patienten und sogar 66 Prozent der Ärzte glaube, neue Medikamente seien immer besser als schon vorhandene. Mühlbauer hält es für „epochal“, dass Ärzteschaft und Öffentlichkeit durch die AMNOG-Diskussion nun aufgeklärt sind.

Wie realistisch sind Studien?

Der neue Chef des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Jürgen Windeler, hielt ein methodologisches Referat zu drei Punkten, die demnächst große Bedeutung bekämen:

1. Surrogat-Endpunkte hält er nicht durchweg für einen schlechten Ersatz. Vielmehr müsse man feststellen, wie eng möglicherweise der Effekt einer Substanz auf das Surrogat mit ihrem Effekt auf den eigentlichen, den patientenrelevanten Endpunkt korreliert.
2. Die Validierung von Markern, aus denen man therapeutische Konsequenzen ableitet, wurde laut Windeler bisher sträflich vernachlässigt. Wichtig sei dies besonders für die sogenannte personalisierte, besser, stratifizierte Medizin, also eine stärker differenzierte Arzneitherapie.
3. Wirksamkeit in einer klinischen Studie einerseits, im Alltag andererseits („Efficacy“ und „Effectiveness“) sieht Windeler nicht als gegensätzliche Pole, sondern als Kontinuum. Zu fragen sei: Wie dicht sind wir an der Realität? Sie sollte so weit wie möglich schon in die Planung einer Arzneistudie einbezogen werden. Versorgungsstudien nach der Zulassung hält er dennoch für sinnvoll, wenn bestimmte Fragen noch offen sind. Sie sollten aber besser schon vor der Zulassung geklärt werden.

Das klingt plausibel – innerhalb des rationalen Denkgebäudes einer evidenzbasierten Medizin. Würden aber die offen gebliebenen Fragen durch verbesserte Zulassungsstudien der Hersteller verlässlich beantwortet?

„Die bestmögliche Evidenz wird uns vorenthalten“

Diese Feststellung des EbM-Pioniers David Sackett zitierte Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, in seinem Vortrag über Evidenzbasierte Medizin im Spannungsfeld zwischen Marketing und Wissenschaft. Er hält eine Symbiose von Ärzteschaft und Pharmaindustrie, die ja einander brauchten, für notwendig – aber nicht im Sinne der bekannten „Marketingbased Medicine“.

Für Marketing und Lobbyarbeit gibt die Pharmaindustrie weit mehr aus als für Forschung und Entwicklung, was Ludwig anhand amerikanischer Untersuchungen belegte. Wie in firmenfinanzierten Arzneimittelstudien die Ergebnisse zugunsten des eigenen Präparats verzerrt werden können, zeigt eindrucksvoll eine Literaturübersicht der AKdÄ (Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen (Dt. Ärzteblatt Heft 16+17 2010.).

In den angelsächsischen Ländern werden seit Jahren solche Analysen publiziert. Bei uns sind sie hingegen noch recht selten. Sie belegen, dass das Verordnungsverhalten von Ärzten erfolgreich und nachhaltig sachfremd beeinflusst wird – und zwar auf vielen Ebenen. Das reicht von der Planung einer Arzneimittelstudie über ihre Interpretation und ihre selektive Publikation (oder auch Nicht-Publikation) bis zu den ominösen Anwendungsbeobachtungen, zu den „Pharmareferenten“ und zur interessengelenkten gesponserten Fortbildung, für die auch noch CME-Punkte vergeben werden, wie Ludwig kritisierte.

Ärzte unmanipulierbar machen

Er stellte ein paar Vorschläge zur Diskussion, wie man den Unterschied zwischen Marketing und Evidenz herausarbeiten und die Evidenz stärken sollte. Zum Beispiel müssten alle Studienprotokolle und –daten öffentlich zugänglich sein, denn Transparenz verhütet Manipulationen oder deckt sie zumindest auf. Interessenkonflikte sollten nicht nur die

Autoren offenlegen, sondern auch die Zeitschriften, in denen sie publizieren. Selbst Editorials in renommierten internationalen Journals stünden manchmal unter Einfluss. Denn Verleger und Editoren fürchten, durch objektive oder gar kritische Berichte lukrative Inserate und die noch mehr Geld bringenden Beilagen und Sonderdrucke zu verlieren.

Im Medizinstudium sollten die angehenden Ärzte auch darin geschult werden, sich vor den vielfältigen mehr oder weniger subtilen Marketing-Einflüssen zu schützen. Auch sollte man ihnen berufsethische Grundsätze nachdrücklicher vermitteln. Ludwig nannte hier vor allem die „Charter on medical professionalism“ (erschienen im Lancet Vol 359,2. Februar 202, S. 520-522, www.thelancet.com).

Nur zu berechnete Forderungen Davids. Den Alltag aber beherrscht Goliath. Fast verzweifelt klang die Frage von Gerd Antes, Leiter des deutschen Cochrane Centers: „Wo bleibt der Aufschrei der Ärzteschaft gegen die Praktiken der Desinformation?“ Rosemarie Stein

Zum Gedenken an Detlef Cabanis

Am 28. Februar 1921 wurde Detlef Cabanis als Sohn des praktischen Arztes Dr. Paul Cabanis und seiner Ehefrau Gertrud geb. Böss in Berlin geboren. 1932 übernahm der Vater eine Landpraxis in Neuhaus/Elbe. Das Gymnasium besuchte Cabanis in Uelzen, wo er 1939 die Reifeprüfung ablegte. 1940 wurde er zur Luftwaffe eingezogen. Zum Medizinstudium kam er in eine Studentenkompagnie, unterbrochen durch Fronteinsätze, konnte er in Rostock und Graz, wo er 1944 das Physikum ablegte, studieren.

Nach Entlassung aus britischer Kriegsgefangenschaft konnte er 1945 in Greifswald sein Studium fortsetzen und 1948 das medizinische Staatsexamen ablegen. Er wurde dort 1948 mit der Dissertation „Ein Beitrag zum Atropin-Delir“ promoviert. Während seiner Assistentenzeit in Braunschweig war er sieben Jahre auf der

Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung unter Prof. Dr. Erwin Kötter und ein Jahr auf der inneren Abteilung unter Prof. Dr. Wilfried Weller. Im März 1957 erhielt er die Facharztanerkennung als Nervenarzt.

Cabanis ging dann als Assistenzarzt an die Universitätsnervenklinik in Marburg und wurde Schüler von Werner Villinger und Hans Gottlob. Ab 1969 war er wissenschaftlicher Assistent von Elisabeth Nau am Institut für Forensische Psychiatrie an der FU Berlin. 1967 konnte er mit einer Studie „Aufgaben und Grenzen der forensischen Psychiatrie und medizinischen Kriminologie“ habilitieren. Die Antrittsvorlesung hielt er zum Thema „Medizinisch-kriminologische Untersuchung über Exhibitionismus“.

Zu seinen Forschungsgebieten gehörten die Gutachtenmethodologie, Fragen der Unterbringung, Glaubwürdigkeit von

Zeugen, Prognosekriterien bei verurteilten Straftätern. In die Auseinandersetzung und die Behandlung der Terroristen in den siebziger Jahren wurde er einbezogen. Sein Interesse galt auch dem Problem der Rauschgiftkriminalität, das sich während seiner Wirksamkeit drastisch veränderte.

In der Landschaft der Berliner Rechtsmedizin versuchte der humorvolle Gelehrte, nicht in die institutionellen Differenzen der Berliner rechtsmedizinischen Praxis zu geraten.

Nach Erreichung der Altersgrenze zog der Pensionär nach Fronhausen/Lahn, wo er am 28. Dezember 2010 verstarb.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Manfred Stürzbecher

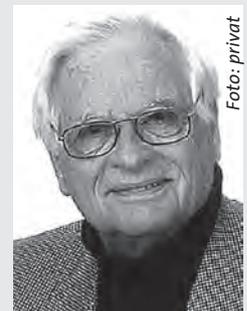


Foto: privat

Theater-Therapie

„137! Kommse!“ – 371! Gehnse!“ Ein Untersuchungshäftling wird zur Vernehmung gerufen. Knastszenen, nachgespielt von fünfzehn früheren Stasihäftlingen. Seit zwei Jahren wird das Stück „Staats-Sicherheiten“ aufgeführt, immer mal wieder im Potsdamer Hans-Otto-Theater und als Gastspiel quer durch Deutschland, oft mit Publikumsdiskussion.

Da sagte mal einer der Darsteller: „Das Theaterspielen hat mir mehr geholfen als 60 Therapiestunden.“ Ein anderer konnte nun zum ersten Mal über die belastenden Jahre im Gefängnis sprechen. Da sehnte man sich in der Einsamkeit der Einzelhaft sogar nach dem Vernehmer. Und brach fast in Tränen aus, wenn man einmal mit Namen genannt wurde. Schwer Traumatisierte sind allerdings eine Minderheit auf der Bühne; die meisten konnten sich schon vorher mitteilen, bei Führungen durch die Gedenkstätten oder sogar in Publikationen.

„Wer im Theater sein eigenes Schicksal darstellt, muss schon einigermaßen stabil sein“, sagt Christian Pross zu BERLINER ÄRZTE. Der Berliner Arzt und Psychotherapeut („Zentrum Überleben“, nun auch Charitéprofessor) leitete im März eine internationale Fachtagung „Theater und Trauma – die schauspielerische Verarbeitung von Gewalt, Verfolgung und Krieg“. Referenten aus Israel, den USA, Südafrika und Simbabwe sprachen über ihre therapeutischen Theaterprojekte. Pross' Doktorandin Lea Hermann, die für ihre Dissertation viele Interviews mit den an Beteiligten von „Staats-Sicherheiten“ (einschließlich Zuschauer) führte, berichtet einiges über die Auswirkungen des Stücks. Für viele Betroffene, die sich noch nicht artikulieren konnten, hätten die Darsteller eine heilsame Stellvertreterfunktion, wie Äußerungen der Dankbarkeit zeigten. Manche seien durch das Stück zum Aufarbeiten der eigenen Erlebnisse motiviert worden.

Die Anregung zu dem Projekt kam von Renate Kreibich-Fischer (die im Kranken-

haus Moabit als Psychoonkologin einst Pionierarbeit leistete), und von der Publizistin Lea Rosh. Erarbeitet haben es die Darsteller zusammen mit dem Regisseur Clemens Bechtel, unter den finanziellen Förderern war auch die „Bundesstiftung Aufarbeitung der SED-Diktatur“, in deren Berliner Haus die (ebenfalls von ihr geförderte) Fachtagung stattfand. Hausherr Rainer Eppelmann sagt, das Stück „Staats-Sicherheiten“ habe „den Mantel des Schweigens gelüftet, der sich viel zu früh



über das Unrecht gelegt hat“. Nicht nur vielen Betroffenen fehle noch jetzt die Kraft zum Reden, sondern auch den anderen die Kraft, ihnen Gehör zu schenken. So stünden die einst Verfolgten auch heute am Rande der Gesellschaft.

Dieses Problem der Isolation, gar Stigmatisierung, lässt sich in keiner individuellen Therapie wirklich lösen. Deshalb erprobt man in mehreren Ländern die gemeinsame Bearbeitung gemeinsamer Probleme durch das narrative Theater und das Soziodrama. Das Theaterspiel durchbricht die Isolation, gibt den Verstummten die Stimme zurück, verbindet sie miteinander und mit den Zuschauern. Und es hilft nicht nur den traumatisierten Zeitzeugen, sondern auch dem Publikum. Während die Darsteller Distanz zu ihren Problemen gewinnen, nähern sich die Zuschauer diesen Problemen, die jungen oft zum allerersten

Male. Selbst der Regisseur, ein Wessi, hielt die DDR vorher für ein eher gemütliches Nischenland.

Den Jerusalemer Psychologen Natan Kellermann, der Erfahrungen in der Dramatherapie Holocaust-Überlebender hat, erstaunt es, dass die Darsteller sich für eine betont nüchterne Art des Spiels entschieden und dass alle Beteiligten meinten, gerade wegen dieser distanziert-sachlichen Darstellung fühlten sich die Zuschauer so berührt. Kellermann erinnert das an Brechtsche Distanzierung und Verfremdung: „Theater kann aber auch ganz anders sein. Warum habt Ihr uns nicht mitgenommen in eure Gefühle?“

Ein anderer umstrittener Punkt: Soll man nicht vergessen dürfen? Eine ärztliche Psychotherapeutin aus dem Plenum erlebte, dass bei relativ Stabilisierten durch die öffentliche Aufarbeitung Wunden wieder aufgerissen wurden. Pross meint, man solle niemanden zum Durcharbeiten seines Traumas zwingen: „Manche haben das irgendwie weggesteckt – aber im Alter kann es wieder hochkommen.“ Dazu Eppelmann: „Erinnern hat etwas mit Hygiene zu tun, auch mit gesellschaftlicher Hygiene. Und wenn wir uns nicht erinnern, können wir uns selbst nicht verstehen.“

Im April wird „Staats-Sicherheiten“ zwar nicht im Hans Otto-Theater aufgeführt (wo man übrigens für 10 Euro eine DVD bekommt), aber am 6.4. im Berliner Abgeordnetenhaus. Eingeladen sind auch alle, die für Versorgungsämter oder Rentenversicherung über Ansprüche zu entscheiden haben.

Noch immer werden 80 Prozent der Anträge abgelehnt. Pross meint, einerseits werde die Posttraumatische Belastungsstörung zur Modediagnose; andererseits werde selbst in der Medizin bis heute nicht allgemein wahrgenommen, was Stasi-Gewalt, -Gefangenschaft und -Zersetzung psychosomatisch anrichtet. („Sie sehen ja ganz gesund aus!“) Seelische Wunden sieht man nicht. Den Traumatisierten geht es nicht so sehr ums Geld als um die Anerkennung des Unrechts, das ihnen widerfuhr.

R. Stein

BERLINER ÄRZTE

4/2011 48. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Sven Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriele Stempor
Dr. med. Kilian Tegethoff
Julian Veelken
Dr. med. Elmar Wille
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild SEHSTERN unter Verwendung Foto von
love © Franz Pfluegl

Für die Richtigkeit der Darstellung der auf den vorstehenden Seiten veröffentlichten Zuschriften wissenschaftlicher und standespolitischer Art kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen. Die darin geäußerten Ansichten decken sich nicht immer mit denen der Herausgeber der Zeitschrift. Sie dienen dem freien Meinungs austausch unter der Ärzteschaft und ihr nahestehender Kreise. Nachdruck nur mit Genehmigung. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zulässigen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar.

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

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

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 78,00 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 52,50 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,35 zzgl. € 2,50 Versandkosten.

Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2011 vom 01.01.2011.

ISSN: 0939-5784

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der Bundestagsfraktion
Bündnis 90/Die Grünen. Wir bitten um freundliche Beachtung.