

BERLINER ÄRZTE

02/2014 51. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

BMJ
in Kooperation mit dem
British Medical Journal

DAS ALTER MEISTERN

GERIATRISCHE VERSORGUNG
IN BERLIN



Ambulant oder stationär oder Internet



Foto: Bettina Keller

Ein neuer Terminus Technicus erreicht unser Gesundheitswesen und signalisiert einen Paradigmenwechsel in der Versorgung unserer Patienten: Die Internetmedizin. Gemeint sind neue Services, die es den Patienten ermöglichen, ihre medizinische Versorgung via Internet nach Hause zu holen oder unterwegs über Smartphone und Tablet zu organisieren. Das Spektrum der Internetmedizin wächst beständig und reicht von Internetportalen, die die Suche und Bewertung von Ärzten und Krankenhäusern anbieten über internetbasierte elektronische Patientenakten bis hin zu diagnostischen und therapeutischen Angeboten. Dass die Akzeptanz der Internetmedizin auf Seiten der Patienten wächst, verwundert nicht. Denn bei allem Vertrauen zu ihren behandelnden Ärzten in Praxis und Krankenhaus, suchen mindestens die jüngeren Patienten für ihre individuelle medizinische Versorgung das, was sie in der Welt jenseits des Gesundheitswesens längst als unverzichtbar in ihren Alltag integriert haben. Die maximal vernetzte Information und Kommunikation und der niedrigschwellige Zugang zu Dienstleistungen.

Wer heute das Internet vom Online-Banking bis zur Hotelbuchung und vom Autokauf bis zum Expertenrat nutzt und routiniert via E-Mail, Skype oder die sozialen Medien á la Facebook und Twitter kommuniziert, fragt sich natürlich, ob jede Diagnose einen persönlichen Arztbesuch erfordert, ob Untersuchungsbeefunde exklusiv beim Arzt verbleiben sollen oder doch vielleicht besser in der persönlich gepflegten Krankenakte gespeichert werden und so helfen Doppel-

Dr. med. Markus Mueschenich, MPH
*ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.
Bis 2012 war er Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG und zuvor Medizinischer Vorstand der Paul-Gerhardt-Diakonie in Berlin.
Er ist Gründer und Managing Partner von FLYING HEALTH – die Startup-Manufaktur.*

untersuchungen zu vermeiden und Notfallsituationen besser zu meistern. In und rund um Berlin entdecken immer mehr Startup-Unternehmen den Gesundheitsmarkt und entwickeln beeindruckende Problemlösungen. So bietet die Firma Emperra den weltweit einzigen Insulin-Pen, der in der Lage ist, die injizierte Insulinosis automatisch auf eine Internetplattform zu übertragen. Von dort wird über ein Expertensystem die übermittelte Insulinmenge mit dem kurz zuvor gemessenen Blutzuckerwert und den verköstigten Kohlenhydraten so aufbereitet, dass der Patient in Echtzeit informiert wird, ob seine individuelle Insulintherapie leitliniengerecht durchgeführt wurde und ob kurz- oder langfristige Probleme drohen. Der betreuende Diabetologe, der ebenfalls Zugriff auf das System hat, kann seinen fachärztlich Rat genau zu dem Zeitpunkt geben, an dem Probleme auftreten und nicht erst dann Hinweise zur Therapieoptimierung geben, wenn sich der Patient quartalsweise auf den Weg in die Arztpraxis gemacht hat. Das Startup goderma liefert ärztliche Begutachtungen im Bereich der Teledermatologie auf der Basis von Fotos, die der Patient

von auffälligen Hauterscheinungen gemacht und nebst Anamneseinformationen auf dem Portal hochlädt. Dabei will goderma nicht etwa den Arztbesuch überflüssig machen, sondern versteht sich als ergänzendes Angebot. Wohin die Zukunft der Internetmedizin gehen kann, zeigt die Firma Caterna Vision. Diese stellt über eine Internetplattform spezielle Sehübungen für die Therapie der Amblyopie im Kindesalter bereit und liefert so eine vollständig digitale Therapie, mit der es gelingen kann, die oft jahrelange Behandlung der Kinder sehr deutlich zu verkürzen. Die Sehschulung wird ärztlich verordnet und als Medizinprodukt ausschließlich über das Internet bereitgestellt. Der Einsatz erfolgt in Kombination mit der klassischen Therapie zu Hause, während der Behandlungsverlauf vom Augenarzt online begleitet wird.

Noch steht die Internetmedizin am Anfang und das konservative Regelwerk des deutschen Gesundheitswesens reicht oft noch nicht aus, um die Chancen dieser neuen Welt zu nutzen aber auch und die wirklichen Gefahren abzuwenden. Deshalb dominiert häufig noch die Taktik der undifferenzierten Ablehnung gegen diese neue Welt der Medizin. Die Aufgabe der Ärzteschaft wird es sein, diese Innovation zu begleiten und sinnvoll zu fördern. In der nahen Zukunft wird so der Begriff der Internetmedizin als „Ortsbezeichnung“ der Leistungserbringung in die Alltagssprache eingehen und selbstverständlich werden wie der Begriff Krankenhaus, Arztpraxis oder Apotheke.

Markus Mueschenich

mueschenich@mueschenich.de

Anmerk. der Redaktion: Das Thema Internetmedizin wird in einer der kommenden Ausgaben Titelthema werden.

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Namensverwechslung bei Labordaten

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 22 Berliner Krankenhäuser gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin (ÄKB) und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) daran, die Sicherheit ihrer Patienten weiter zu verbessern. Dazu betreiben die Kliniken nicht nur intern ein Fehlerberichts- und Lernsystem, sondern berichten aus ihrem internen in das regionale CIRS (Critical Incident Reporting System):

In anonymisierter Form werden im Netzwerk CIRS-Berlin Berichte über kritische Ereignisse und Beinahe-Schäden gesammelt. Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern und beim Lernen nicht an Klinikgrenzen halt zu machen. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Eine Ärztin bzw. ein Arzt berichtet aus der Inneren Medizin:

Der Dienstarzt nimmt einen Anruf aus dem Labor entgegen: Eine Blutkultur ist am 1. Tag positiv (gramnegative Stäbchen). Der betroffene Patient liegt aber auf einer anderen Station (für die der Dienstarzt nicht zuständig ist). Der angerufene Dienstarzt hat zeitgleich einen Patienten mit sehr ähnlich klingendem ausländischem Namen in seinem Zuständigkeitsbereich und ist der Meinung, dass es sich um das Ergebnis dieses Patienten handelt. Entsprechend ordnet er den positiven Blutkulturbefund diesem Patienten zu. Dieser bleibt stationär zur Beobachtung und somit eine Nacht länger in der Klinik. Eine Therapie wird aufgrund des guten klinischen Zustandes nicht initiiert.

Der wirklich betroffene Patient mit der positiven Blutkultur wurde zum Zeitpunkt des Befundes bereits dreifach antimikrobiell behandelt, daher ist hier kein Schaden durch die fehlende Mitteilung entstanden.

Fazit der/des Berichtenden: Vor allem bei Telefonaten in stressigen Diensten und wegen der starken Namensähnlichkeit können solche Verwechslungen auftreten. Zu Vermeidung schlägt sie/er vor, in Zukunft immer die Geburtsdaten mit zu erfragen und trotz Stress bei solchen Telefonaten konzentriert zu bleiben; im besten Fall könne zeitgleich eine Fax-

mitteilung durch das Labor an die Station erfolgen.

Kommentar und Hinweise des Anwender-Forums des Netzwerk CIRS-Berlin:

Hier ist bei der Übermittlung des Befundes einer Blutkultur dem entgegennehmenden Arzt eine Namensverwechslung unterlaufen – es handelt sich gar nicht um „seinen“ Patienten, aber der genannte Name ähnelt so stark dem Namen eines „eigenen“ Patienten, dass er diesem den Befund ohne weitere Kontrolle zuordnet.

Die Übermittlung kritischer Testresultate – wie in diesem Fall mittels Telefonat zwischen dem klinischen Labor und der Station – ist eine fehleranfällige Kommunikationsart und ein bekanntes Problem bei diagnostischen Prozessen im Krankenhaus. Erreicht der Befund zeitnah die Person, die ihn angefordert hat bzw. die ihn benötigt, um den Patienten adäquat weiter zu behandeln? Wird der Befund auch korrekt und vollständig übermittelt (Name und Geburtsdatum des Patienten, exakter Wert mit Maßeinheit und ggf. weitere Informationen)? Um hier im Sinne einer proaktiven Sicherheitskultur Fehler zu vermeiden, sollte das Krankenhaus unter Einbeziehung der Beteiligten ein Verfahren für die mündliche und telefonische Kommunikation von kritischen Befunden entwickeln.



Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Ein Verfahren dazu ist z. B. nach Joint Commission International (JCI) ein internationaler Standard. Es beinhaltet:

1. die **Festlegung**
 - **was als kritischer Wert** für alle Arten von diagnostischen Untersuchungen **gilt** und übermittelt werden muss,
 - **von wem und an wen kritische Werte weitergeleitet werden** und ein alternativer Weg, wenn der Empfänger nicht unmittelbar erreichbar ist,
 - **welche Informationen** in der Patientenakte **dokumentiert** werden, und
2. die **Methode, wie Befunde übermittelt werden**. Dazu gehören die drei folgenden Schritte:
 - das **Aufschreiben** (oder die Computereingabe) des Testergebnisses und der Identifikationsdaten des Patienten durch den Empfänger der Nachricht,
 - weiterhin das **Vorlesen** des niedergeschriebenen Testergebnisses vom Empfänger und
 - die **Bestätigung** darüber, dass das Aufgezeichnete und Wiedergegebene richtig sind („**Read-back**“-Methode), durch den Anrufenden.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 90306 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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



TITELTHEMA.....



Das Original:
HEEM, JAN JANSZ. DE (1650-1695)
Stilleben mit Früchten und
Austern auf einem Tisch.
Öl auf Leinwand. 60 x 69,5 cm.

Geriatric

Wie und wo werden in Deutschland und Berlin ältere Patienten medizinisch-stationär behandelt?
Von Erich Hilf.....14

Wie sieht die geriatrische Versorgungsstruktur im Berliner Krankenhaus aus?
Von Christian Stofft.....16

Ich mache mir Sorgen wegen Demenz – kann mir die Geriatrie hier helfen?
Von Hans-Peter Thomas.....18

Wie werde ich in Berlin weiter geriatrisch ambulant versorgt?
Von Angela Kloppenborg und Michael C. Schulze.....20

Was ist das Berliner Projekt?
Von Thea Jordan.....21

Lehre und Forschung in der Geriatrie in Berlin
Von Rahel Eckardt und Markus Zens.....22

EDITORIAL.....

Ambulant oder stationär oder Internet
Von Markus Müschenich.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Medizin im Übermaß – vom Nachweisen zum Handeln
BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....28

Berliner Schüler retten Leben
Von Ulrike Hempel.....30

Wider den Wirrwar der Gesundheitsberufe
Von Rosemarie Stein.....32

FORTBILDUNG.....

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....4

Sicherer verordnen.....10

Aus der Praxis für die Praxis
Schlussbericht über den 2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin
Von Rosemarie Stein.....23

Kritischer Bericht auf neue Wirkstoffe und Risiken
Gemeinsame Arzt-Apotheker-Fortbildung
Von Claudia Bruhn.....24

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....26

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen November/Dezember 2013.....36

In Gedenken an Kurt Kochsiek.....37

FEUILLETON.....

Heilen Ärzte?
Von Rosemarie Stein.....38

Die Arzneimittelversuche in der DDR werden wissenschaftlich durchleuchtet

Das alte Thema Arzneimittelversuche westlicher Firmen an DDR-Patienten sorgte 2013 für einen neuen Aufruhr in den Medien. Das war Anlass für das Bundesinnenministerium, die Initiative für einen Forschungsauftrag zu ergreifen. Nach halbjähriger vorbereitender Arbeit stellte die Forschergruppe des Charité-Instituts für Geschichte der Medizin ihr Projekt vor.

Es war bereits der zweite Medien-Hype um die klinischen Arzneimittelprüfungen westlicher Hersteller in DDR-Krankenhäusern. Selbst seriöse Zeitungen wie die Süddeutsche oder die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung ließen sich vom Sensationsvokabular einer Spiegel-Story im Mai 2013 anstecken, schrieben von „Pharmatest-Skandal“ und von kriminellen „Menschenversuchen“. Die Folge: Es fragten Leute, ob sie Objekt solcher Versuche waren, manche rufen sogar nach Entschädigung.

Dies war ein Hype-Rezidiv, denn schon 1991 hatte der Spiegel mit

einem ähnlichen Artikel die meisten Medien ebenso in Aufruhr versetzt wie 2013. Schon damals war eine unabhängige Untersuchungskommission vom Senat in Abstimmung mit der Ärztekammer Berlin eingesetzt worden. (BERLINER ÄRZTE hat in Heft 10/1991 und über das Remake in Heft 7/2013 ausführlich berichtet.) Leiterin der Kommission war Ruth Mattheis, damals Vorsitzende der Ethik-Kommission der Ärztekammer Berlin, deren Objektivität über jeden Zweifel erhaben war.

Die Kommission fand damals keine Anhaltspunkte dafür, „dass bei klinischen Prüfungen in der ehemaligen DDR grundlegend andere Maßstäbe oder Vorgehensweisen als in der alten Bundesrepublik zur Anwendung kamen“ (was natürlich nicht heißt, dass in Ost und West alles in Ordnung war).

Von 120 Arzneimittelstudien der letzten vier DDR-Jahre hatten nur zwei den internationalen Maßstäben nicht genügt.

Ein Skandal der Forschung oder der Medien?

Obwohl während des zweiten Medien-Hypes mit seiner starken Skandalisierung des Themas ein halbes Dutzend Journalisten sich bei der Pressestelle der Berliner Kammer nach dem Kommissionsbericht erkundigten und auf Anfrage eine Kopie davon erhielten, erinnerte einzig der Tagespiegel an diese Untersuchung und ihr deeskalierendes Ergebnis.

Eine Analyse der „Sprache des Skandals“ von Pascal Grosse war Teil einer Vortragsfolge, in der die Forschergruppe „Klinische Arzneimittelforschung in der DDR 1961-1989“ (der Grosse angehört) ihr Projekt vorstellte (s. Kasten S.7). Es ist eine direkte Antwort auf den erneuten Medien-Hype und will zur Versachlichung der Diskussion beitragen. Ziel ist es, durch die unabhängige historisch-kritische Aufarbeitung der etwa 500 Arzneimittelstudien einen gesicherten Kenntnisstand herzustellen und „ethisch fragwürdige oder problematische

Aspekte der Studien zu identifizieren.“ Schon das Gutachten von 1991 hatte auf zwei Schwachstellen der – ansonsten als einwandfrei beurteilen – Arzneimittelprüfungen hingewiesen: Aufklärung und Einwilligung der Patienten waren auch nach dem DDR-Arzneimittelgesetz vorgeschrieben, aber damit nahm man es nicht so genau (wie seinerzeit oft auch im Westen). Und mit der Dokumentation von Schäden durch die klinischen Versuche scheint es sich ebenso verhalten zu haben.

Charité-Nach-Wende-Dekan Harald Mau, Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des Projekts, sagt zwar, die Arzneimittelstudien in der Charité hätten nach der Wende fast unverändert fortgeführt werden können; dennoch hält er das Forschungsvorhaben für berechtigt; wegen der erwähnten Vorwürfe und weil heute die Unterlagen zugänglich sind, während sich die Kommission von 1991 im wesentlichen auf die Aussagen Beteiligter stützen musste, die von den Historikern gern „Zeitzeugen“ genannt werden.

Zeitgeschichte

Die Quellen und der Plan

Zeitzeugen befragt auch die Forschergruppe des neuen Projekts, ihr Mitglied Laura Hottenrott zählte aber die wichtigsten der zahlreichen schriftlichen Quellen auf: Das Bundesarchiv mit Prüfunterlagen aus dem DDR-Gesundheitsministerium und Dokumente von Schalck-Golodkowskis „Koko“ aus dem Außenministerium; in der Stasiunterlagenbehörde ist dokumentiert, dass die Staatssicherheit sogar die Arzneimittelforschung observierte; die Krankenhausarchive müssen nach einschlägigen Patientenakten und – wie die Firmenarchive – nach Studienprotokollen durchsucht werden (wegen der nach 15 Jahren abgelaufenen Aufbewahrungsfrist oft vergeblich, und die Patientennamen sind verschlüsselt); auch die staatlichen Zulassungsbehörden in Ost und West sind Informationsquellen.

Das Forscherteam bemüht sich um eine systematische Erfassung aller aus dem Westen kommenden Auftragsstudien: der quantitative Teil des Vorhabens. Exem-

plarisch sollen daneben bestimmte Studien näher untersucht werden (ein qualitatives Vorgehen). Schließlich sind Vergleiche zwischen Studien in Ost- und in Westeuropa vorgesehen. Bei der Vorstellung des Projektes wurde noch nicht mitgeteilt, ob der Vergleich sich auf den Zeitraum der Arzneimittelprüfungen in der DDR beschränkt oder ob man auch auf heutige Versuche zum Beispiel in der Dritten Welt eingehen wird.

Ärzte und Patienten machten gern mit

Warum die DDR-Politiker, aber auch Ärzte und Patienten so interessiert an klinischen Studien mit westlichen Medikamenten waren, erfuhr man aus zwei Gast-Vorträgen. Matthias Judt (Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam) hob die Rolle der Arzneimittelversuche als Quelle der begehrten „Valuta“ hervor, denn die Firmen mussten sie sehr teuer bezahlen. Überdies fehlte es in der DDR, wie im ganzen Ostblock, an der Entwicklung neuer Substanzen. Dies erklärte Ulrich Meyer (Institut für Pharmazie der

Univ. Greifswald) mit den Defiziten der dortigen pharmakologisch-toxikologischen Forschung. Die gut entwickelte klinische Arzneimittelforschung allein konnte nicht zu Innovationen führen. Die Arzneimittelversorgung der DDR-Bürger stützte sich also hauptsächlich auf eigene Nach-

entwicklungen patentfreier Präparate. Für Westimporte standen kaum Devisen zur Verfügung. „Wegen der Innovationsschwäche und wegen des Nimbus der West-Medikamente war es ziemlich leicht, für klinische Arzneimittelstudien Ärzte und Patienten zu gewinnen“, sagte Meyer. R. St.

»Arzneimittelforschung im Auftrag westlicher Pharmahersteller in der DDR, 1961-1989« ...

...heißt das Forschungsprojekt genau. Gefördert wird es hauptsächlich vom Bundesinnenministerium, außerdem von der Bundesärztekammer und mehreren Landesärztekammern, darunter der Ärztekammer Berlin, dem Verband forschender Arzneimittelhersteller, dem Bundesverband der pharmazeutischen Industrie und der Bundesstiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur.

Die Forschergruppe des Charité-Instituts für Geschichte der Medizin besteht aus dessen Direktor Volker Hess und den Mitarbeitern Pascal Grosse, Laura Hottenrott und (etwas später hinzugekommen) Florian Bruns; unterstützt durch studentische Hilfskräfte.

Das Projekt läuft seit dem Juni 2013 und endet im Dezember 2015. Neben einem „technischen Begleitausschuss“ gibt es einen wissenschaftlichen Beirat, zu dessen acht Mitgliedern auch Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, und wie im Text erwähnt, Harald Mau gehören. Der Beirat soll auch Öffentlichkeit herstellen. Da sich inzwischen auch andere Initiativen zur Erforschung derselben Problematik bildeten, entsteht jetzt ein Netzwerk, aus dem vielleicht ein Forscherverbund wird. R. St.

Patientensicherheit

Vivantes erhält Dekra-Siegel

Der kommunale Klinikkonzern Vivantes hat als erster Krankenhausbetreiber das Dekra-Siegel für Patientensicherheit erhalten. Mit dem grünen Siegel wurden am 9. Januar 2014 im Klinikum Friedrichshain alle Kliniken des Unternehmens ausgezeichnet.

Vivantes-Geschäftsführerin Dr. med. Andrea Grebe freute sich über die Zertifizierung und betonte: „Die Gewährleistung von Sicherheit ist für uns kein Zustand, sondern ein ständiger Prozess.“ Patientensicherheit sei für Vivantes eine „Herzangelegenheit“, künftig wolle man in diesem Bereich eine Vorreiterrolle einnehmen. Die geschäftsführende Direktorin

des Klinikums Friedrichshain, Dr. med. Andrea Bronner, wies daraufhin, dass „die Qualität bei den Patienten ankommen muss und nicht nur als Siegel an der Wand hängen darf“.

Gesundheitsstaatssekretärin Emine Demirbükten-Wegner zeigte sich überzeugt, dass die Auszeichnung das Vertrauen der Berlinerinnen und Berliner in die kommunale Klinikette weiter stärken werde.

Ärztammerpräsident Dr. med. Günther Jonitz wies darauf hin, dass Patientensicherheit eine ureigene ärztliche Tugend sei, die heutzutage auf eine systematische Ebene gestellt wird.

srd



Ärztammerpräsident Günther Jonitz, Staatssekretärin Emine Demirbükten-Wegner, Vivantes-Chefin Andrea Grebe und Dekra-Projektleiter Hans-Georg Lindemann mit dem Dekra-Siegel (v.l.n.re.)

Foto: Vivantes/Röhl

ANZEIGEN

Fortbildungsangebot zum Themenschwerpunkt „Häusliche Gewalt“

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

Gewalt in Partnerschaften ist weit verbreitet, betrifft überwiegend Frauen und gilt als ein zentrales Gesundheitsrisiko (WHO). Kinder sind von Gewalt in Partnerschaften stets mit betroffen. Ärztinnen und Ärzte können Türen öffnen, wirksame Unterstützung bei aktuellen oder zurückliegenden Gewalterfahrungen bieten und helfen, den generationenübergreifenden Kreislauf von Opfer- und Täterschaft zu durchbrechen. Für eine gelingende Intervention sind Wissen um Prävalenz, Risikofaktoren sowie Erkenntnisse zum Gewaltkreislauf und Kindeswohlgefährdung bedeutend. Dies gilt

ebenso für Sicherheit im Ansprechen von Gewalterfahrungen, in der rechtssicheren Dokumentation, in der Kenntnis von weiterführenden Hilfen sowie Klarheit über Handlungsmöglichkeiten und -grenzen.

Die Zusammenarbeit mit weiterführenden Versorgungs-, Beratungs- und Zufluchtseinrichtungen gewährleistet eine fachkompetente Intervention und entlastet zugleich alle beteiligten Berufsgruppen.

Die zweiteilige S.I.G.N.A.L.-Basis-Fortbildung in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin findet am 10.05.2014 (10-14 Uhr) sowie am 14.05.2014 (17.00 -19:30 Uhr)

in den Räumen der Ärztekammer Berlin statt. Sie vermittelt Grundlagenkenntnisse und Handlungssicherheit im Umgang mit der Thematik „Gewalt in Partnerschaften“. Eine Anmeldung ist erforderlich.

Anmeldeverfahren:

S.I.G.N.A.L. e.V.

Koordinierungs- und Interventionsstelle
Hilde Hellbernd, MPH;
Karin Wieners, MPH

E-Mail: wieners@signal-intervention.de

Fax: 030 / 275 95 366

Die Basis-Fortbildung ist mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Berlin anerkannt.

Fortbildung

Medizinische Fachangestellte –

Anpassungsfortbildungen

Blutentnahme, Injektionslehre, Notfallmanagement und Hygiene sind Tätigkeitsbereiche, die im beruflichen Alltag der Medizinischen Fachangestellten besonders häufig relevant werden.

Es besteht daher das stetige Bedürfnis, die darauf bezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten aufzufrischen bzw. an neue Gegebenheiten anzupassen. Informationen zu kleineren Anpassungsfortbildungen für Ihr medizinisches Fachpersonal finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter „MFA“.

Telefonisch informieren wir Sie unter der Nummer 030/40806 - 2626.

SSRI

in der Schwangerschaft

In einem Kommentar zu einer neuen Studie aus nordischen Ländern wird bekräftigt, dass selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer (SSRI) weder die Totgeburt rate noch die Säuglingssterblichkeit erhöhen. Anpassungsstörungen nach der Geburt (wie bei der Einnahme aller Psychopharmaka) sind selbst limitierend, wobei eine pädiatrische Unterstützung in den ersten Lebenstagen und eine Entbindung in einer Klinik mit Perinatalzentrum von Vorteil sein kann.
Quelle: AVP 2013; 40(6): 153-4

Hypertonie

Leitlinien

In einer Übersicht werden die im Juli 2013 publizierten aktualisierten Leitlinien zweier europäischer Fachgesellschaften kommentiert. Zu begrüßen sind

- für alle Patienten unter 80 Jahren (auch mit Diabetes oder Endorganschäden) wird ein Zielblutdruck von <140 mmHg systolisch,
 - für über 80-jährige Patienten ein Zielblutdruck <150 mmHg systolisch,
 - für Nicht-Diabetiker ein diastolischer Blutdruck von < 90 mmHg und
 - für Diabetiker ein Wert von < 85 mmHg diastolisch empfohlen.
- Darüber hinaus wird grundsätzlich festgestellt, dass
- bei einem weit überwiegenden Teil der Hypertoniker Diuretika, Betablocker, Kalziumantagonisten, ACE-Hemmer und Angiotensinrezeptorblocker gleichwertig sind. Die Auswahl sollte im Einzelfall bestimmt werden nach zu erwartenden unerwünschten Wirkungen und zusätzlichen pathologischen Veränderungen,
 - Blutdruckselbstmessungen Organschäden besser vorhersagen können als die in der Arztpraxis erhobenen Werte,

- invasive Verfahren bei therapieresistenter Hypertonie auf Zentren mit entsprechender Erfahrung beschränkt werden sollten.

Die aktualisierten Empfehlungen sind praxisnäher, eventuell sollte die Festlegung auf höhere Werte bei über 80-Jährigen hinterfragt werden: auch unter dieser fixen Altersangabe könnten etwas höhere systolische Werte toleriert werden.

Quelle: DMW 2013; 138:2471-3

Opioid-Pflaster

Sicher entsorgen

Analgetika-Pflaster mit Fentanyl oder Buprenorphin enthalten nachdem Abnehmen noch bis zu 50 % der ursprünglichen Menge. Vergiftungen durch spielende Kleinkinder sind bekannt, auch missbräuchliche Anwendungen durch zerschneiden und Auskochen oder Kauen der Pflaster. Verbrauchte Pflaster sollten daher nach innen gefaltet und in neutraler Verpackung dem Hausmüll untergemischt werden. Die Arzneimittelkommission der Apotheker (AMK) empfiehlt allen Apotheken, unbenutzte und auch gebrauchte Pflaster zurückzunehmen und fachgerecht zu entsorgen. Eine Rückfrage bei ihrer Hausapotheke schafft Klarheit, ob sie an dieser Aktion der AMK teilnimmt.

Quelle: Pharm. Ztg. 2013; 158:89

**Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:
Dr. Günter Hopf, Ärztekammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf,
Tel. 0211 4302-2272**

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 1/2014

ANZEIGEN

Rotavirus-Gastroenteritiden bei <5-jährigen Kindern und die STIKO-Impfempfehlung

Rotaviren (RV) sind die häufigste Ursache von akuten Gastroenteritiden bei Säuglingen und Kleinkindern < 5 Jahren [1]. Der labordiagnostische Nachweis der RV-Erkrankung ist seit 2001 nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig [2].

Todesfälle sind hierzulande zwar selten, aber der Krankheitsverlauf der RV-Gastroenteritis (RVGE) ist im Durchschnitt schwerer als der anderer infektiöser Gastroenteritiden. Durch die große Zahl der notwendigen Krankenhausaufenthalte ist die RV-bedingte medizinische und ökonomische Krankheitslast besonders hoch.

Jährlich werden etwa 20.000 Kinder in Deutschland aufgrund einer RV-Infektion mit schwerer Dehydration stationär zur Flüssigkeits- und Elektrolytsubstitution aufgenommen. Die RV-Erkrankungen treten vor allem im Winter auf und die höchsten wöchentlichen Fallzahlen werden meist im März erreicht [3].

Von 2008 bis 2012 ist die Fallzahl der RVGE bei <5-Jährigen nahezu kontinuierlich zurückgegangen. Die Inzidenz hat sich in diesem Zeitraum nahezu halbiert und ist von 1.385/100.000 auf 695/100.000 zurückgegangen. Dieser rückläufige Trend ist sicherlich teilweise auf die seit 2006 verfügbare RV-Impfung zurückzuführen, die trotz fehlender STIKO-Empfehlung nach der Zu-



lassung 2006 verstärkt in Anspruch genommen wurde [4, 5].

Im Jahr 2006 wurden von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) zwei orale RV-Lebendimpfstoffe, Rotarix® [GlaxoSmithKline Biologicals] und RotaTeq® [Sanofi Pasteur MSD] zugelassen, die ein gutes Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil aufweisen [6, 7]. Basierend auf einem systematischen Review beträgt die Wirksamkeit zum Schutz vor einer RV-bedingten Hospitalisierung über einen Zeitraum von 2 Jahren nach abgeschlossener Impfung 92% [95% Konfidenz-Intervall (KI) 82-96] und 91% [95% KI 82-95] zum Schutz vor einer schweren RVGE [8]. Die Impfserien bestehen je nach Impfstoff aus zwei (Rotarix®) bzw. drei (RotaTeq®) Dosen, die im Abstand von mindestens 4 Wochen oral verabreicht werden.

Mit dem Ziel, primär bei Kindern <5 Jahren eine stationäre Behandlung aufgrund schwerer RVGE zu verhindern, hat die STIKO im Juli 2013 die routinemäßige RV-Impfung von Säuglingen im Alter <6 Monaten empfohlen [8, 9]. Schätzungen zufolge können

in Deutschland bei einer Impfquote von 80% in einer Geburtskohorte von 659.000 Neugeborenen über einen Zeitraum von 5 Jahren ca. 18.000 RV-bedingte Hospitalisierungen verhindert werden [10]. Es wird erwartet, dass über Herdeneffekte auch nicht geimpfte Personengruppen von der Impfung profitieren können.

Nach Postmarketing-Studien besteht ein geringfügig erhöhtes Risikos für Invaginationen (1-2 zusätzliche Invaginationen pro 100.000 geimpfte Kinder) innerhalb der ersten Woche nach Gabe der ersten RV-Impfstoffdosis [11]. Da dieses Risiko mit dem Alter der Impflinge zuzunehmen scheint, soll die Impfserie frühzeitig (d.h. im Alter von 6-12 Wochen) begonnen und rechtzeitig abgeschlossen werden: Je nach Impfstoff vorzugsweise bis zum Alter von 16 (Rotarix®) bzw. 22 Wochen (RotaTeq®). Für Rotarix® muss die Impfserie jedoch bis spätestens zur 24. Lebenswoche und für RotaTeq® bis zur 32. Lebenswoche abgeschlossen sein.

Weitere Informationen:
www.rki.de/rotavirus-impfung

Literatur beim Robert Koch-Institut erhältlich, über info@rki.de oder Faxnummer 030 18754-2265

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 Frühjahr 2014 als Kompaktkurs innerhalb von knapp vier Monaten veranstaltet.

Die drei Wochen der Präsenzphase werden durch eine 50-stündige Phase des Selbststudiums ergänzt.

Ärzte haben die Möglichkeit, durch die Teilnahme an diesem Weiterbildungskurs und an einer anschließend erfolgreich abgelegten Prüfung vor der Ärztekammer Berlin die Zusatz-

bezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine:

Präsenzwoche 1:

10.03. – 15.03.2014

Woche 2: 05.05. – 10.05.2014

Woche 3: 16.06. – 21.06.2014
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort:

Ärztekammer Berlin,
Friedrichstraße 16,
10969 Berlin

Weitere Informationen:

Tel.: 40806-1402 (Organisation),

Tel.: 40806-1207 (Inhalte)

oder per E-Mail:

QM-Kurs2014@aekb.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung

Der Kurs wendet sich an alle Fachärztinnen und -ärzte, die die Qualifikation für die Erstellung verkehrsmedizinischer Gutachten gemäß § 11 Fahrerlaubnisverordnung erwerben wollen.

Er bietet darüber hinaus Arbeitsmedizinern die Möglichkeit zur Vertiefung ihrer Fachkompetenz, insbesondere in Verbindung mit dem Seminar zur Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung, welches am Vormittag des 21.03.2014 stattfindet.

Termin: Freitag: 21.03.2014, 14.00 - 21.00 Uhr

Samstag: 22.03.2014, 8.30 - 17.30 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Teilnahmegebühr: 250 €

Hinweis: Kombipreis für „Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung“ und „Verkehrsmedizinische Begutachtung“: 290 €

Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806 -1215,
E-Mail: fb-aag@aekb.de

Kurs

Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm

nach dem Curriculum der Bundesärztekammer

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

Das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin setzt an diesem Punkt an: Im Mittelpunkt steht die Führungsperson selbst. Denn

Führung bedeutet mehr als ein bloßes Plus an Aufgaben. Sie fordert die ganze Person mit ihren Kompetenzen, Werten und Haltungen. Das Seminar erweitert Ihre Führungskompetenzen. Es vermittelt konzeptionelles Wissen, um Organisationen werte-, ziel- und mitarbeiterorientiert zu steuern, erfolgreich mit Mitarbeitern, Kollegen und Verhandlungspartnern gerade in schwierigen Situationen zu kommunizieren und zu interagieren. Die erfolgskritischen Dimensionen ärztlicher Führung werden aufgezeigt und die Gelegenheit geboten, die eigenen Kompetenzen zu stärken und ein persönliches Führungskonzept zu entwickeln. In 2014 wird das Führungsseminar der Ärztekammer Berlin bereits im vierten Jahr durchgeführt. Das Seminar verfolgt mit seinen vier Modulen, die sich auf drei

Quartale erstrecken, bewusst einen prozess- und praxisorientierten Ansatz.

Bei abendlichen Kamingesprächen werden zusätzlich zum Tagesprogramm aktuelle Fragestellungen der Führung aus ungewohnten Blickwinkeln diskutiert.

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

Termine:

Modul 1 Die Praxis des Führens
Do. 08.05. – 10.05.2014

Modul 2 Führen als interaktiver Prozess
Do. 26.06. – 28.06.2014

Modul 3

Veränderungsprozesse managen
Gesundheitspolitischer Rahmen
Betriebswirtschaftl. Steuerung

Do. 11.09. – 13.09.2014

Modul 4 Transfer: Sicherung des eigenen Konzepts

Fr. 12.12. 2014

Veranstalter: Ärztekammer Berlin

Kursleitung: Priv.-Doz. Dr. med.
Peter Berchtold

Ort: Evangelische Bildungsstätte
auf Schwanenwerder/Berlin

Organisation und Unterlagen:
Anke Andresen-Langholz
Tel.: 030/40806-1301

Fragen zum Inhalt:
Dr. med. Henning Schaefer
Tel.: 030/40806-1200
E-Mail: aertzliche-
fuehrung@aekb.de

Kammerwahl

Kammerwahl 2014 – Erste Informationen

Die 13. Amtsperiode der Delegiertenversammlung wird im Januar 2015 enden. Daher stehen im 4. Quartal des Jahres 2014 Neuwahlen an. Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 18. November 2013 den Wahlzeitraum für die Wahl (Briefwahl) zur 14. Amtsperiode der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin wie folgt festgelegt:

Beginn:
Mittwoch, 15. Oktober 2014
Ende: Freitag, 5. Dezember 2014,
18:00 Uhr

Für die Durchführung der Wahl beruft der Vorstand einen Wahlausschuss. Der Wahlausschuss besteht aus dem Wahlleiter, zwei Beisitzern und Stellvertretern.

Die Berufung des Wahlausschusses wird voraussichtlich im Februar 2014 stattfinden. Dem Wahlausschuss wird eine Geschäftsstelle – das Wahlbüro – zur Verfügung gestellt.

Der Vorstand hat Maren Stienecker zur Wahlkoordinatorin bestellt.

Wahlkoordinatorin:
Maren Stienecker
Tel.: 030 40806 - 2620
Fax: 030 40806 - 552620
Mail: Kammerwahl2014@aekb.de
Brief: Ärztekammer Berlin,
Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Wir werden Sie ab sofort fortlaufend über den Fortgang der Wahlvorbereitungen informieren; die nach der Wahlordnung erforderlichen Bekanntgaben des Vorstands der Ärztekammer Berlin bzw. des Wahlausschusses erfolgen zu gegebener Zeit.



Ausbildung

Medizinische Fachangestellte – Wie bilde ich aus?

Ich möchte ausbilden! Was ist zu tun? Welche Regeln gelten? Welche Rolle hat die Ärztekammer? Was sollte ich beachten, damit alles gut läuft? Was sollte ich vermeiden? Was tun im Konfliktfall? Sicherlich stellen sich einige dieser Fragen auch oder erneut, wenn man gegenwärtig ausbildet oder bereits ausgebildet hat. Antworten werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Ärztekammer im persönlichen oder telefonischen Beratungsgespräch gerne gegeben. Auch auf der Homepage der Ärztekammer erhalten Sie Informationen rund um das Thema Ausbildung.

Dennoch ist ein weiter Blick auf das Thema mitunter hilfreich, um die im Einzelfall entstehende Frage besser einordnen zu können. Aus diesem Grunde leuchtet die Ärztekammer die Thematik wiederkehrend in Informationsveranstaltungen aus.

In diesem Jahr ist es wieder soweit. Am **Mittwoch, dem 14. Mai 2014 von 18 - 21 Uhr** findet die Informationsveranstaltung der Ärztekammer Berlin

Medizinische Fachangestellte – „Ausbildung für Auszubildende“ statt.

Die Veranstaltung richtet sich an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die ausbilden oder ausbilden möchten. Gerne können Sie Ihre Fachkraft mitbringen oder schicken. Selbstverständlich sind ebenfalls alle Ärztinnen und Ärzte angesprochen, die in größeren Institutionen mit der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten betraut sind. Interessierte Kammerangehörige heißen wir ebenso herzlich willkommen.

Um einen adäquaten Raum für die Veranstaltung belegen zu können, sind wir auf Ihre Rückmeldung angewiesen. Wir bitten Sie daher, uns mit dem nachstehenden Coupon bis zum **14. März 2014** mitzuteilen, ob Sie an der Veranstaltung teilnehmen möchten. Sie erhalten nach Abschluss der Planungen eine Einladung mit Tagesordnung, die auch über den Ort der Veranstaltung informiert.

✂

<p><i>Absender (bitte in Druckbuchstaben)</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Stempel</i></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px; margin-top: 5px;"></div>
--	--

Medizinische Fachangestellte – „Ausbildung für Auszubildende“

Mittwoch, 14. Mai 2014 von 18 - 21 Uhr

An der Veranstaltung möchte/n ich/wir mit insgesamt _____ Person/en teilnehmen.

Unterschrift

Bitte per Fax an 030 / 40806 - 2299
oder per E-Mail an afa2014@aekb.de

B E R L I N

MULTIMORBIDITÄT

MEDIZINISCH-STATIONÄR

AMBULANT

VERSORGUNGSSTRUKTUR

QUALITÄT

DEMENTZ

GERIATRIE

Die immer älter werdende Gesellschaft ist inzwischen als unumstößliche Tatsache akzeptiert. Dass das Älterwerden dabei nicht zwingend mit blendender Gesundheit einhergeht, ist ebenfalls hinlänglich bekannt.

Multimorbidität ist das Stichwort. Die medizinische und psychosoziale Versorgung von geriatrischen Patienten ist eine große Herausforderung. Doch es passiert viel im Bereich Geriatrie. So gründete sich im vergangenen Jahr der Landesverband Geriatrie Berlin.

BERLINER ÄRZTE stellt die aktuelle Situation der geriatrischen Versorgung in der Hauptstadt vor. (Red.)

DAS BERLINER PROJEKT

LEHRE UND FORSCHUNG

LÖSUNGSANSÄTZE

Wie und wo werden in Deutschland und in Berlin ältere Patienten medizinisch-stationär behandelt?



Das hängt davon ab, wie dies im jeweiligen Bundesland konkret geregelt wird. Ältere Patienten können gezielt in der Geriatrie behandelt werden. Geriatrische Patienten sind durch eine vorrangige geriatritypische Multimorbidität und ein höheres Lebensalter, überwiegend 70 Jahre oder älter, definiert.

In Deutschland findet eine geriatrische Versorgung in Akutkrankenhäusern, nach §109 SGB V und in Rehabilitationseinrichtungen, nach § 111 SGB V statt. Die Verteilung ist je nach Bundesland in Deutschland unterschiedlich. Die regional erheblichen Unterschiede an geriatrischen Versorgungsstrukturen sind Ausdruck historischer Entwicklungen und divergierender politisch-medizinischer Konzepte. Während Nord- und Mitteldeutschland eher von akutstationären geriatrischen Einrichtungen geprägt sind, dominieren im Süden von Deutschland die rehabilitativen geriatrischen Leistungsanbieter. Die meisten Bundesländer weisen beide Versorgungsstrukturen auf, lediglich Hamburg, Schleswig-Holstein, Hessen und Thüringen haben eine rein akutstationäre geriatrische Versorgung.

Genaue Zahlen, wie viele Einrichtungen und Betten in Deutschland vorgehalten werden, liegen nicht vor. Anhaltzahlen ergeben sich aus den Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie

e.V, hier sind aktuell 297 Einrichtungen mit ca. 18.500 Betten deutschlandweit verzeichnet.

Der große Unterschied beider Versorgungsformen liegt in der akuten medizinischen Behandlungsindikation: In der akut-geriatrischen Einrichtung wird die zur Aufnahme führende Erkrankung diagnostiziert und therapiert und begleitend schon während des stationären Verlaufs mit der speziellen geriatrischen Frührehabilitation gestartet, um gezielt auf die speziellen alterstypischen funktionalen Defizite einzugehen. In den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgt die Weiterbehandlung hingegen erst nach Therapie und Stabilisierung des zur Aufnahme führenden medizinischen Aufnahmegrundes. Tendenziell zeigt sich auch in den Bundesländern mit einem überwiegenden Anteil an geriatrischen Reha-Einrichtungen, dass die Anzahl an stationären Betten in der Akut-Geriatrie im Krankenhaus in den jeweiligen Bundesländern deutlich zunimmt. Neue geriatrische Reha-Versorgungseinrichtungen sind nicht geplant, ganz im Gegenteil sind doch die geriatrischen Reha-Einrichtungen in einigen Bundesländern zum Teil massiv in ihrer Existenz bedroht.

Berlin ist eins von den Bundesländern, die beide Versorgungsformen aufweisen, jedoch mit einem ausgeprägten Schwerpunkt im Bereich der stationären Akutge-

riatrie im Krankenhaus. So existieren 20 geriatrische Abteilungen in Krankenhäusern und eine geriatrische Reha-Einrichtung in Berlin. Die Versorgung mit geriatrischen Akutbetten in Berlin ist im Vergleich zu den anderen Bundesländern als überdurchschnittlich gut zu bezeichnen. Die Versorgung der einzelnen Berliner Stadtbezirke mit geriatrischen Krankenhausbetten ist in den geltenden Krankenhausplänen des Berliner Senats engagiert berücksichtigt worden und wird zum Teil auch weiter ausgebaut werden. Die neu eingeführten geriatrischen Abteilungen in den letzten fünf Jahren dokumentieren diese Entwicklung.

In Berlin kann eine hohe Qualität in der Versorgung des geriatrischen Patienten angeboten werden. Das liegt zum einen an der fachlich-personellen Struktur der geriatrischen Abteilungen und zum anderen an den vorhandenen Qualitätsmerkmalen, die in der Geriatrie in Berlin und bundesweit zur Anwendung kommen. Geführt werden sämtliche Berliner Geriatrien durch einen Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie oder der fakultativen Weiterbildung Geriatrie. Die Facharztbezeichnung Innere Medizin und Geriatrie ist gemäß der Weiterbildungsordnung (WbO) von 2004 mit dem 8. Nachtrag – in Kraft seit 13.03.2010 – eingeführt worden. Damit ist Berlin eines von drei

Bundesländern, neben Brandenburg und Sachsen-Anhalt, die den Schwerpunkt-Geriater erfolgreich eingeführt haben. Jüngste Entwicklungen lassen zudem auf eine positive Entwicklung für eine deutschlandweite Einführung hoffen.

Die Leitung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie untermau-

ert die hohen medizinischen Anforderungen, die an eine moderne Akutgeriatrie heutzutage gestellt werden, bedingt durch die vorwiegend internistisch bedingte Multimorbidität des geriatrischen Patienten. Berlin kann ein hohes Qualitätsniveau der geriatrischen Abteilungen vorweisen. Fast alle der 21 geriatrischen Abteilungen in Berlin sind Mit-

glied im Bundesverband Geriatrie e.V. Die Mitgliedschaft im Bundesverband ist an eine qualitative, personelle und strukturelle Mindestanforderung geknüpft, die vor Aufnahme in den Bundesverband durch eine Visitation vor Ort abgeglichen wird. Zudem liegen mit dem Gütesiegel Geriatrie und der Datenbank Gemidas Pro hochwertige Qualitätskriterien vor. Das vorliegende Berliner Geriatriekonzept wird zur Zeit in enger Zusammenarbeit mit dem Berliner Senat, der Ärztekammer Berlin und dem Landesverband Geriatrie Berlin überarbeitet und stellt eine gute Grundlage und Richtlinie für eine adäquate Versorgung des älteren Patienten stationär und ambulant dar. Damit können wir unseren älteren Patienten in Berlin eine moderne und qualitativ hochwertige Altersmedizin mit einer guten Stadtteilversorgung anbieten.



» In Berlin wird eine hohe Qualität in der Versorgung des geriatrischen Patienten angeboten.«

Dr. med. Eric Hilf
Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III: Geriatrie
Sana Klinikum Lichtenberg, Fanningerstr. 32, 10365 Berlin
Vorstandsvorsitzender Landesverband Geriatrie Berlin



Wie sieht die geriatrische Versorgungsstruktur im Berliner Krankenhaus aus?

Grundsätzliches

Die Multimorbidität ist das zentrale Problem des alten Menschen. Diese tritt auf durch die jeweiligen Einzelkrankungen, die zusätzlich durch chronische Erkrankungen wie zum Beispiel Osteoporose, Diabetes mellitus, Parkinson und Demenz ergänzt werden. Mit diesen Krankheitsbildern gehen oft Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen einher.

Die Sturzgefährdung stellt ein hohes Risiko des alten Menschen dar – mit einer hohen Begleitmorbidität und Mortalität. Motorische wie auch kognitive Funktionseinschränkungen wirken sich negativ auf die Fähigkeit alter Menschen aus, den Alltag problemlos zu bewältigen. Diese Faktoren bedürfen eines über den organspezifischen Ansatz hinausgehenden, altersgerechten Behandlungskonzeptes in geeigneten fachspezifischen Versorgungsstrukturen.

Notaufnahme

Der Patienten-Erstkontakt in Krankenhäusern findet zumeist in der Notaufnahme durch hausärztliche Einweisung, Verlegung aus anderen Einrichtungen oder als Notfall statt. Viele dieser Patienten sind älter als 70 Jahre und multimorbide. Bisher verfügen nur die wenigsten Krankenhäuser über eine dauerhafte Präsenz eines Geriaters nebst geriatriegeschultem Personal in der Ersten Hilfe. Die frühzeitige Detektion eines geriatrischen Patienten durch spezielle Screening-Verfahren (zum Beispiel ISAR) ist deshalb notwendig und einfach durchführbar. Ist ein geriatrischer Patient erkannt, so wird dieser der geriatrischen Behandlung zugeführt oder konsiliarisch von der Geriatrie mitbetreut. In Zukunft wird die dauerhafte Präsenz eines Geriaters in der Notaufnahme anzustreben sein. Ein geriatrisches Konsil sollte bei allen schwierigen Fragen zur angemessenen Versorgung älterer Patienten erfolgen. Die Implementierung geriatrischen Know-hows in den Notaufnahmen wird nun auch politisch gefordert und zunehmend umgesetzt.

Stationärer Bereich

Wird ein Patient stationär in eine geriatrische Abteilung aufgenommen, erfolgt ein geriatrisches Basis-Assessment, um systematisch eine Bestandsaufnahme aller Ressourcen wie auch Defizite beim Patienten vorzunehmen und um eine entsprechende Diagnostik und Therapie einzuleiten. Das Assessment umfasst die Qualitäten Mobilität, Kognition, Emotion, Alltagskompetenz und soziale Situation und erweitert eine „normale“ medizinische (und meist organbezogene) Aufnahme.

Durch das geriatrische Assessment werden alterstypische Erkrankungsbilder systematisch erkannt und damit rasch einer effizienten Therapie zugeführt. Zudem werden häufige Problemkonstellationen, wie die Polypharmazie, kritisch begutachtet. Die Verknüpfung der

akutmedizinischen Behandlung mit einer frühzeitig begonnenen frührehabilitativen Behandlung kann erfolgen. Die häufigen Drehtüreffekte geriatrischer Patienten mit konsekutiv gehäuften Krankenhausaufenthalten werden hierdurch reduziert.

Das geriatrische Team

Um den vielfältigen Problemen multimorbider Patienten gerecht zu werden, ist das geriatrische Team multiprofessionell. Diesem gehören neben dem Internist mit Schwerpunkt (alternativ Zusatzbezeichnung) Geriatrie die Pflege, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Neuropsychologen und Sozialdienst an. Seelsorge, Palliativ- und Hospizdienst, Ernährungs- und Diätberatung sowie die Orthopädietechnik ergänzen das Spektrum. Durch fachspezifische Schulungen (zum Beispiel Zercur) aller Berufsgruppen wird eine hohe therapeutische Behandlungsqualität sichergestellt. Innovativ ist die Implementierung der aktivierend-therapeutischen Pflege, die eine Erweiterung der klassischen Tätigkeiten und Integration der Pflegenden in den Therapieprozess bedeutet.

Tägliche Stationsbesprechungen und wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechungen sorgen für einen intensiven und interdisziplinären Austausch, um vorhandene Defizite oder Ressourcen und das Rehabilitationspotential eines jeden einzelnen Patienten zu diskutieren.

Im Rahmen des Entlassungsmanagements ist darauf zu achten, dass ambulante Versorgungsdienste wie Hausärzte, Pflegestützpunkte, Pflegedienste und Angehörige sowie weitere Versorgungsstrukturen über die Entlassungszeitpunkt des Patienten und entscheidende Therapieveränderungen informiert werden. Die stationäre geriatrische Behandlung ist somit eine entscheidende Schnittstelle in der Vernetzung von ambulanten und stationären Versorgungsmodellen, die durch Einbindung

aller den Patienten betreffenden Einrichtungen konsolidiert und intensiviert werden.

Interdisziplinarität

Die Mannigfaltigkeit geriatrischer Krankheitsbilder impliziert, dass Diagnostik und Therapien geriatrischer Patienten auch immer interdisziplinär zur Anwendung kommen. So haben die meisten Berliner Geriatrien Kooperationen mit konservativen wie auch chirurgischen Fachgebieten (andere Schwerpunkte der Inneren Medizin, Gerontopsychiatrie, Neurologie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Neurochirurgie).

Die zunehmende Vernetzung der Fachgebiete untereinander wird versorgungsstrategisch diskutiert und muss seitens der Fachgesellschaften noch weiter vorangetrieben werden.

Bauliche Struktur

Alle Räume, Einrichtungen und Ausstattungen (Patientenzimmer, Gänge, sanitäre Anlagen, Therapieeinrichtungen, Aufzüge usw.) sind alten-/behinderten-/rollstuhlgerecht anzulegen. Innerhalb der Einrichtung sind kurze Wege anzustreben. Gemäß dem „Qualitätssiegel Geriatrie“ sind stationsnah Räumlichkeiten vorzuhalten, an denen die jeweiligen Therapieformen und Untersuchungen durchgeführt werden können. Die Raumgröße ergibt sich aus der Notwendigkeit, neben Einzel- auch Gruppentherapien anzubieten.

Diagnostik

Zur apparativen Diagnostik sollten Ruhe- und Langzeit-EKG, Blutdruck-Langzeitmessungen, Sonographie, Doppler- und Duplexsonographie, Endoskopie und radiologische Verfahren jederzeit zur Verfügung stehen. Die Untersuchungsräume und vor allem die Räume der einzelnen therapeutischen Fachdisziplinen für Einzel- und Gruppentherapien sollten stationsnah, im günstigsten Fall auf Station vorgehalten

werden. Zusätzlich muss ein Tagesraum vorhanden sein, in dem die Mahlzeiten eingenommen werden und das Esstraining durchgeführt wird. Die Möglichkeit sonographischer und elektrophysiologischer Untersuchungen am Patientenbett ist anzustreben.

Fazit

Durch die Behandlung des geriatrischen Patienten im multiprofessionellen und interdisziplinären Team mit einem strukturierten Aufnahme- und Entlassungsmanagement in einer geriatrischen Abteilung mit altersgerechter räumlicher Struktur ist es möglich, den Patienten

ganzheitlich zu erfassen und bestmöglich medizinisch zu behandeln. Es ergibt sich so eine optimale Behandlungsqualität der uns anvertrauten Patienten. Im Rahmen des geriatrischen Assessments wird

zusätzlich das im Assessment erfasste Behandlungsergebnis den Funktionseinschränkungen bei Aufnahme gegenübergestellt und somit der Behandlungserfolg dokumentiert.



» Entscheidend ist ein über einen organ-spezifischen Ansatz hinausgehendes, altersgerechtes Behandlungskonzept in geeigneten fachspezifischen Versorgungsstrukturen.«

Dr. med. Christian Stofft

Chefarzt der Geriatrie, Sankt Gertrauden-Krankenhaus Paretzer Str.12, 10713 Berlin (Wilmerdorf), Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Geriatrie Berlin



Foto: galadriel/photocase.com

Ich mache mir Sorgen wegen einer Demenz – kann mir die Geriatrie hier helfen?

Ausgangslage

Die Frage kann mit „Ja“ beantwortet werden, denn die moderne Akutgeriatrie bietet Patienten mit Demenz eine an den individuellen Ressourcen orientierte Behandlung und, wenn indiziert, auch eine begleitende Frührehabilitation. Schätzungen zufolge leiden bis zu 15% der stationär behandelten Patienten an einer Demenz. Mit stark ansteigender Tendenz.

Bei 9 von 10 Patienten ist die Erkrankung eine „Nebendiagnose“ und bleibt in 66% der Fälle unerkannt. Werden kognitive Defizite festgestellt, erfolgt häufig keine weitere Abklärung.

Krankenhäuser sind ein heikler Ort für diese vulnerablen Patienten, die besonders empfänglich für Komplikationen sind. Gefürchtet ist die Entwicklung eines Delirs, das noch immer durch eine hohe Mortalität gekennzeichnet ist. Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herzinsuffizienz und Hypertonie wirken sich negativ auf die Demenz aus, akute Zustände wie Exsikkose und Infektionen sowieso. Seh- und Hörstörungen beeinträchtigen die Patienten zusätzlich, finden aber kaum Beachtung. Auch unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen sind häufig, z. B. durch den häufigen Gebrauch von Psychopharmaka. Verweildauerdruck, Hektik und um-

fassende diagnostische und therapeutische Maßnahmen verschärfen die Probleme. Eine Negativspirale entwickelt sich. Zeit für individuelle Zuwendung bleibt kaum. „High medicine“ wo „high touch“ gefragt wäre.

Ärzte und Pflegende stehen der Situation hilflos gegenüber, sind im Umgang mit wandernden, laut rufenden oder manchmal aggressiven Patienten wenig geschult. Nicht nur die Patienten sind dann orientierungslos. Dazu kommen vielfach Mängel in der räumlichen, personellen und organisatorischen Struktur. Alles kulminiert in verzweifelten Maßnahmen: Sedierende Medikamente

stehen dabei an erster Stelle, nicht selten mit gravierenden Folgen, Stürze, Infektionen und Delir sorgen für Verlust der Alltagskompetenz. Morbidität und Mortalität nehmen zu, ebenso Einweisungen in gerontopsychiatrische Einrichtungen und Pflegeheime.

Auch die so wichtige und effektive Frührehabilitation wird häufig nicht als notwendige und sinnvolle Option wahrgenommen. Dabei lassen sich auch bei fortgeschrittenen Demenzprozessen eindrucksvolle funktionelle Verbesserungen und eine höhere Lebensqualität erreichen.

Lösungsansätze

Die Kombination von somatischen und psychiatrischen Ansätzen in der Geriatrie schafft die besten Voraussetzungen, demenzsensible Konzepte zu entwickeln. In geriatrischen Einrichtungen werden alle Patienten durch standardisierte Screeningverfahren auf kognitive Störungen untersucht. Ggf. wird eine weiterführende Diagnostik durch die in allen Abteilungen vorhandenen Psychologen gewährleistet. Einzel- und Gruppentherapien sowie Angehörigenberatung sind möglich. Tagesstrukturierende Maßnahmen und Milieugestaltung gehören ebenso in eine geriatrische Abteilung wie stetige Schulungen der Mitarbeiter. Spezifische Behandlungspfade sind beste Grundlage für eine erfolgreiche Betreuung. Das therapeutische Team wird im Umgang mit kognitiv eingeschränkten Patienten geschult und ist mit den auftretenden Komplikationen vertraut.

Häufig sind Schluckstörungen, die frühzeitig diagnostiziert und einer adäquaten logopädischen Behandlung zugeführt werden. Die Problematik hat eine solche Dimension, dass die meisten geriatrischen Abteilungen mittlerweile eine endoskopische Schluckdiagnostik vorhalten. Sehr gute Erfahrungen wurden mit ehrenamtlichen Mitarbeitern gesammelt, die Patienten zu Untersuchungen begleiten und als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Zudem konnte durch prozessuale Maßnahmen eine sich stetig verbessernde und an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgungslandschaft aufgebaut werden. Innovative interdisziplinäre Konzepte spielen dabei eine große Rolle, gut abzulesen z. B. an „Alterstraumatologischen Zentren“, die vielerorts implementiert werden. Gemeinsame Visiten und schonende OP-Verfahren helfen, kognitiv eingeschränkte Patienten besser durch den Krankenhausaufenthalt zu führen. Fachübergreifend entwickelte klinische Behandlungspfade führen zu einer messbar steigenden Behandlungsqualität. Die Fachdisziplinen kooperieren idealerweise von Beginn an bei der Versorgung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen. Die stationäre Versorgung lässt sich dabei durch einen gerontopsychiatrischen Konsil- bzw. Liaisondienst erheblich verbessern.

In einigen geriatrischen Abteilungen wurden in den letzten Jahren speziell ausgestattete Stationen aufgebaut, die Patienten mit akuten Erkrankungen und zusätzlichen kognitiven Einschränkungen mit einem komplexen Behandlungskonzept

versorgen. Die räumliche Ausstattung ist auf die Patienten abgestimmt, zum Beispiel Rundlauf, Orientierungs- und Beleuchtungssysteme, getarnte Ausgänge, Therapieräume auf Station, elektronische Niedrigbetten zur Sturzprophylaxe. Der Personalbedarf ist dabei höher als auf „Normal“-Stationen. Diese Maßnahmen scheinen nach ersten Untersuchungen effektiv im Hinblick auf Behandlungsergebnisse zu sein. Mitarbeiter und Patienten sind deutlich zufriedener, die anderen Krankenhausbereiche werden entlastet.

Als niederschwelliges Angebot bietet sich die Implementierung speziell geschulter Pflegekräfte („Delirschwester/-pfleger“) an, die dezentral als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Das Risiko zum Beispiel für postoperative Delirien kann dadurch aus eigener Erfahrung dramatisch reduziert werden. Zusammenfassend haben sich die klinisch geriatrischen Einrichtungen durch Prozessoptimierung und Umfeldgestaltung in den letzten Jahren zunehmend gut aufgestellt und professionalisiert. Neue Kooperationsformen werden erprobt, die die Versorgungssituation positiv verändern. In den nächsten Jahren wird zudem der Ausbau der hausärztlichen Versorgung von Demenzkranken zu Hause und in Pflegeheimen im Fokus stehen. Die Vernetzung mit geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbundpartnern wird dabei von zentraler Bedeutung sein. Last not least benötigen wir palliative Versorgungsstrukturen für Menschen mit Demenz. Auch hier ist die Geriatrie gefordert.

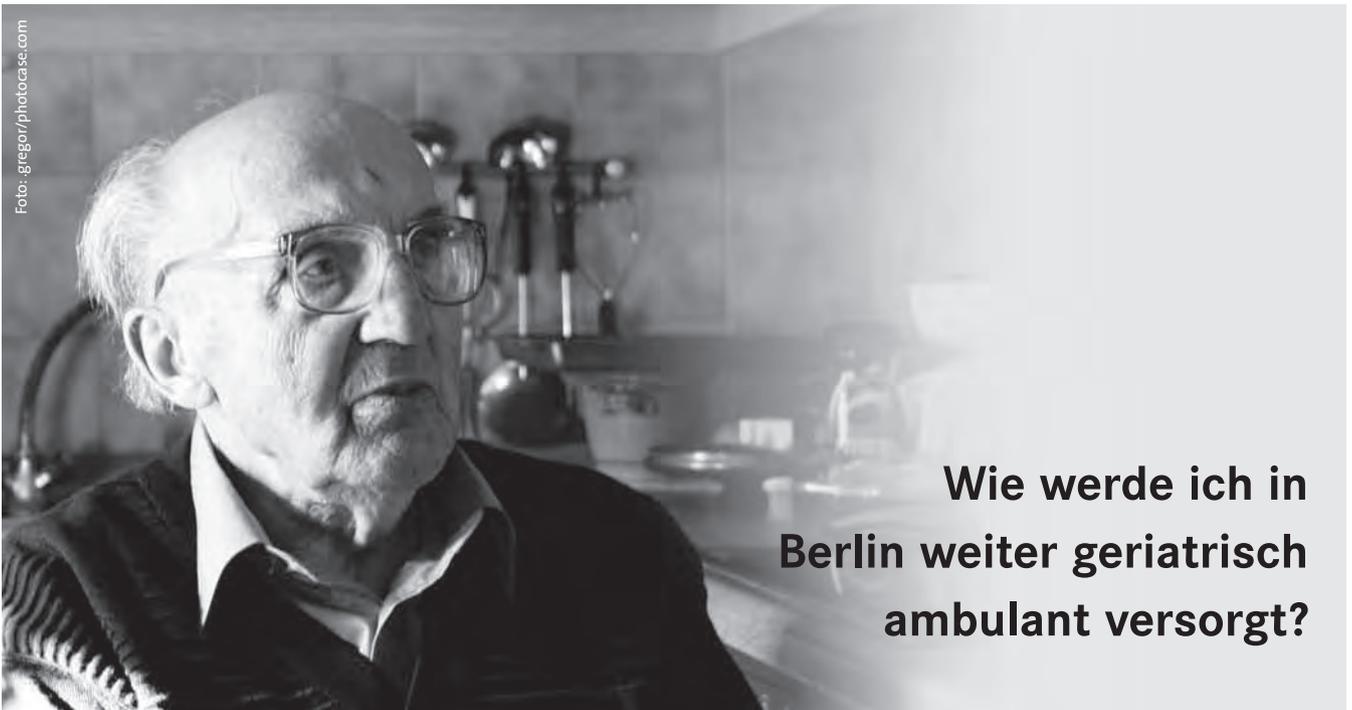
Versorgungsbausteine (Auswahl)

- Kognitives Screening von Patienten > 70 J. bei Aufnahme
- Interdisziplinäre Patientenversorgung (z. B. Alterstraumatologie)
- Spezielle Bereiche für kognitiv eingeschränkte Patienten
- Schulung von Mitarbeitern im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten
- Liaisonmodelle (Gerontopsychiatrie/ Geriatrie)
- Delirschwester
- Milieugestaltung



» Auch bei fortgeschrittenen Demenzprozessen lassen sich eindrucksvolle funktionelle Verbesserungen und eine höhere Lebensqualität erreichen.«

Prof. Dr. med. Hans-Peter Thomas
Chefarzt Abteilung für Geriatrie
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
Herzbergstr. 79, 10365 Berlin



Wie werde ich in Berlin weiter geriatrisch ambulant versorgt?

In einer durchschnittlichen Berliner Hausarztpraxis ist ein gutes Drittel der Patienten älter als 70 Jahre, Tendenz steigend. Damit entspricht der Anteil der Patienten mit spezifisch geriatrischen Problemen den Fallzahlen einer klinischen stationären Abteilung innerhalb eines Jahres.

Während sich in den letzten Jahren in Berlin erfreulicherweise zahlreiche explizit geriatrisch arbeitende Krankenhausabteilungen etabliert haben, lässt sich eine vergleichbare Entwicklung im ambulanten Bereich bisher nicht feststellen.

Ganz im Gegenteil – ältere, multimorbide und versorgungsintensive Patienten werden im ambulanten Bereich nicht selten in erster Linie als Praxis- und Budgetbelastung wahrgenommen. Geriatrische Patienten haben deshalb oftmals Schwierigkeiten, einen Hausarzt zu finden. Hinzu kommt, dass nicht alle Berliner Hausärzte Haus- und Heimbefuche durchführen. Die Ursachen für die mangelnde „Attraktivität“ geriatrischer Patienten liegt zum einen sicherlich in der zur Zeit geltenden

Abrechnungssystematik begründet. Zum anderen spielen geriatrische Weiterbildungsinhalte weder im Studium noch in den Facharztweiterbildungen eine nennenswerte Rolle. Während die krankheitsbezogene Behandlung einer ICD-Diagnose zum Standard von Lehre und Praxis gehört, spielt die Förderung der funktionellen Gesundheit eine untergeordnete Rolle. Die integrierende Versorgung im Sinne eines multiprofessionellen und interdisziplinären Case-Management ist – obwohl oftmals dringend notwendig – die Ausnahme. In Berlin sind zur Zeit nur sechs Ärzte niedergelassen, die eine geriatrische Zusatzqualifikation erworben haben. Angesichts der vielen geriatrischen Patienten ist das äußerst bedauerlich und sollte geändert werden.

Die ambulante Betreuung von geriatrischen Patienten ist – wie auch die stationäre Versorgung sehr aufwändig. Anamnesen und körperliche Untersuchungen dauern deutlich länger als bei jungen und akutmedizinischen Patienten. Oftmals muss – insbesondere bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen – zusätzlich eine Fremdanamnese

erhoben werden. Die eigene als auch die fachärztliche Medikation muss regelmäßig überprüft, kritisch hinterfragt und kommuniziert werden und es bedarf regelmäßiger Absprachen mit den Angehörigen, den ambulanten Pflegediensten, den Therapeuten sowie den mitbehandelnden Fach- und Krankenhausärzten. Ein Teil der Patienten kann nicht mehr in die Praxis kommen, sondern muss zu Hause aufgesucht werden. Das gilt auch für die notwendigen Laboruntersuchungen. Dieser Aufwand wird momentan nicht vergütet. Zur Zeit ist eine Praxis, die einen hohen Teil geriatrischer Patienten fachgerecht versorgt, betriebswirtschaftlich nicht zu führen. Angesichts der demographischen Herausforderung ist das ein eklatanter Missstand.

Neben der Häuslichkeit werden in Berlin zahlreiche Menschen in Pflegeheimen medizinisch versorgt. Das „Berliner Projekt“ („Die Pflege mit dem Plus“) und „Care Plus“ sind ein sinnvoller Schritt in die richtige Richtung, um die medizinische Versorgung dieser wichtigen und oft vernachlässigten Patientengruppe zu verbessern.

Es ist zu hoffen, dass durch die Aufwertung des Geriatrischen Basisassessments und des geriatrischen Betreuungskomplexes im neuen EBM das Interesse wächst, sich mit diesen Themen, als auch mit der palliativmedizinischen Versorgung, auseinanderzusetzen.

Dringend zu wünschen ist der hausärztliche Erwerb der Zusatzbezeichnung Geriatrie im Rahmen einer strukturierten curricularen Fortbildung, wie sie bundesweit angestrebt wird. Dazu sollte es zukünftig auch in Berlin Angebote geben.

Ähnlich wie bei der palliativmedizinischen Versorgung sollte eine allgemeine ambulante geriatrische Versorgung (AAGV) und eine spezialisierte ambulante geriatrische Versorgung (SAGV) aufgebaut werden. Die allgemeine ambulante Versorgung könnte durch fortgebildete Hausärzte und die spezialisierte Versorgung durch Institutsambulanzen und Schwerpunktpraxen erfolgen.

Dabei sollte aber nicht der Fehler des Aufbaus der palliativmedizinischen Versorgung wiederholt werden, sich zunächst fast ausschließlich auf die spezialisierte Versorgung zu konzentrieren. Die große Zahl geriatrischer Patienten kann nicht alleine durch Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen versorgt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Bedürfnisse der geriatrischen Patienten im Gebiet der ambulanten Medizin Berlins im Jahre 2013 nur äußerst unzureichend gesehen und erfüllt werden. Ein neu gegründeter Arbeitskreis „Ambulante Geriatrie“ im Berliner Landesverband Geriatrie des Bundesverbandes Geriatrie bemüht sich, die in Berlin niedergelassenen geriatrisch interessierten Ärzte zu vernetzen, Fortbildungen zu organisieren und Versorgungsmodelle zu entwickeln. Mitstreiter sind hierbei jederzeit willkommen.

Was ist das Berliner Projekt?

In dem seit 1998 bestehende Berliner Projekt versorgen angestellte und kooperierende niedergelassene Ärzte sowie medizinische Therapeuten kranke und pflegebedürftige Bewohner von insgesamt 30 Berliner Pflegeheimen. Es beteiligen sich daran seitens der Krankenkassen die AOK Nordost, die IKK Berlin und Brandenburg, die Bahn-BKK, die Siemens-BKK sowie die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, die Berliner Krankenhausgesellschaft und der Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e.V.

Eine qualitativ gute medizinische Betreuung der häufig schwerstkranken Patienten wird u.a. durch wöchentliche Visiten, Anwesenheit der Ärzte am Tage, nächtliche Rufbereitschaft und interdisziplinäre Fallbesprechungen garantiert. Diese Voraussetzungen haben nachweislich zu einer Senkung der Krankenhauseinweisungen, der Krankentransporte und der Medikamentenkosten geführt. Begleitet wird das Projekt durch ein international anerkanntes Qualitätsmanagement (RAI) und ein externes Controlling (Arbuma).

Dr. med. Thea Jordan
Fachärztin für
Innere Medizin



» Die Bedürfnisse der geriatrischen Patienten im Gebiet der ambulanten Medizin werden aktuell in Berlin nur unzureichend erfüllt.«

Dr. med. Angela Kloppenborg
FÄ für Innere Medizin und Geriatrie
Praxis Dres. Kempf und Kollegen,
Kaiserdamm 26, 14057 Berlin-Charlottenburg



Dr. med. Michael C. Schulze, MPH
FA für Allgemeinmedizin, Geriatrie,
Palliativmedizin
Hausarztpraxis an der Passage,
Karl-Marx-Str. 132, 12043 Berlin

Lehre und Forschung in der Geriatrie in Berlin

LEHRE

Jahrelang konnten Medizinstudierende an der Charité – Universitätsmedizin Berlin wählen, ob sie ihr Studium nach dem sogenannten Regel- oder Reformstudiengang absolvieren möchten. Seit dem Wintersemester 2010/11 werden Medizinstudierende nun in einem neu geschaffenen Modellstudiengang ausgebildet.

Der Modellstudiengang versteht sich dabei als ein weiterentwickeltes Angebot, der die Stärken der beiden Studiengänge miteinander verbindet und zugleich neue Lehr- und Lernkonzepte integriert. Dabei ist das ganze Studium in einzelne Module und nicht nach Fächern getrennt unterteilt. Lehre im Fach Geriatrie wird nicht mehr wie zuvor gewohnt im 9. Semester als Querschnittsfach Q7 oder Blockpraktikum Geriatrie unterrichtet, sondern themenspezifisch in verschiedenen Modulen abgehandelt. So gibt es beispielsweise Module zu Ernährung und zu Extremitäten/Bewegung, in denen auch die Besonderheiten des älteren und geriatrischen Patienten gelehrt werden.

Aktuell plant die Fakultät ein eigenes Modul mit dem Schwerpunkt Alter, Tod und Sterben, in welchem auch Geriatrische Syndrome und geriatrische Assessmentverfahren direkt am Patientenbett unterrichtet werden. Neben dem klassischen Unterricht in Form von Vorlesungen und Seminaren wird mit modernen interaktiven Methoden gearbeitet, zum Beispiel mit Einsatz eines Alterssimulationsanzuges.

Die Studierenden werden zusätzlich in einem Unterrichtsformat „Kommunikation, Interaktion und Teamarbeit“ (KIT) im besonderen Umgang mit älteren, geriatrischen und auch sterbenden Menschen geschult. Famulaturen und Praktisches Jahr können an der Charité sowie zahlreichen Akademischen Lehrkrankenhäusern absolviert werden.

Die Charité erwartet dabei von ihren Studierenden im Modellstudiengang „Einsatzbereitschaft, ein erhebliches Maß an Eigeninitiative, wissenschaftliche Neugier und Kritikfähigkeit“.

FORSCHUNG

Der Forschungsfokus in der Geriatrie liegt nicht primär auf der Entwicklung neuer kurativer Methoden, sondern umfasst die ganze Bandbreite von Grundlagenforschung, Versorgungsforschung und angewandter Forschung – immer mit dem Augenmerk auf der Lebensqualität älterer Menschen. Denn auch wenn eine Krankheitsheilung nicht mehr möglich ist, so kann doch die Lebensqualität und Selbständigkeit älterer Menschen dank moderner Forschung häufig bis ins hohe Alter bewahrt werden.

Berlin nimmt dank der hohen Dichte an Forschungseinrichtungen hier deutschlandweit eine Spitzenrolle ein – große Netzwerke wie die Gesundheitsstadt Berlin oder das Netzwerk Gesundheitswirtschaft unter der Dachmarke „HealthCapital“ fördern die Vernetzung und den Technologietransfer. Besonderes Interesse gilt dem neu gegründeten Berlin Institute of Health (BIH), in dem Charité und Max-Delbrück-Centrum ihre Forschungsaktivitäten unter dem Motto der translationalen Medizin bündeln. Gerade für ältere Menschen wird von dem schnelleren Transfer von Grundlagenforschung in angewandte Medizin eine spürbare Verbesserung erwartet. Internationale Aufmerksamkeit genießt auch die Berliner Altersstudie (BASE), deren zweiter Teil aktuell u.a. an der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité läuft.

Anhand einer Stichprobe von rund 2.200 Berliner Bürgerinnen und Bürgern wird hierbei eine Vielzahl von Einflussfaktoren für erfolgreiches Altern untersucht. Das prospektive Design der Studie wird es ermöglichen, die Entstehungsbedingungen häufiger Erkrankungen mit hoher persönlicher und gesellschaftlicher Krankheitsbelastung zu bestimmen.

Dr. med. Rahel Eckardt, Leitende Oberärztin & Markus Zens, Leitung Öffentlichkeitsarbeit
Ev. Geriatriezentrum Berlin
Forschungsgruppe Geriatrie der
Charité Universitätsmedizin Berlin,
Reinickendorferstr. 61, 13347 Berlin

Aus der Praxis für die Praxis

Schlussbericht über den 2. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin

Wenn ein engagierter junger Allgemeinmediziner Fortbildung für seine Kollegen macht, kann die Sache sehr praxisnah geraten. So beim Workshop „Das therapeutische Team in der Praxis“ und bei der Schilderung einer Methode, mit der man die Lebensqualität seiner alten Patienten erheblich erhöhen kann. Wolfgang Blank begeisterte die Teilnehmer des 2. Fortbildungskongresses der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Über dessen ersten Teil berichtete BERLINER ÄRZTE bereits in Heft 1/2014 unter dem Titel „Vom langen Weg zur Unabhängigkeit“.

Hier musste man nicht einen Vortrag nach dem anderen über sich ergehen lassen, hier gab es auch vier parallele Workshops. Dass die Berichterstatteerin in den über „das therapeutische Team in der Praxis“ geriet, erwies sich als Glücksfall. Erstens, weil hier selbst ein Team zugange war, zweitens weil die Themen sehr praxisnah waren, drittens zeigte sich die Didaktik als sehr gekonnt; es gab eine lebhaftige Kleingruppenarbeit. Man merkte: Die Allgemeinmedizin ist gar nicht im Aussterben. Da wächst was nach, nämlich fähige junge Hausärzte. Dieser hier heißt Dr. med. Wolfgang Blank, Facharzt für Allgemeinmedizin, engagierter Landarzt in einem Dorf, das Kirchberg im Wald heißt, aber Lehrarzt an der TU München; außerdem Träger des Berliner und des Bayerischen Gesundheitspreises. Er leitete den Workshop, unterstützt von Sabine Ridder (Bundesvorstand des Verbandes medizinischer Fachberufe).

Wer macht die Hausbesuche?

Zwei exemplarische Themen, typische Praxissituationen, standen zur Debatte, zuerst die Hausbesuche. Nach dem Brainstorming wurden Kärtchen mit Stichworten, Problemen und Wünschen angepinnt, erläutert und diskutiert: „Müssen Hausbesuche überhaupt sein? Die Zeit dafür muss man sich anderswo abknapsen.“ – „Sie haben wohl eher eine soziale Funktion. Die Patienten wollen das Gespräch.“ – „Man lernt dabei das soziale Umfeld gut kennen.“ – Man sollte mehr an geschulte Medizinische Fachangestellte

delegierten können, auch Hausbesuche.“ – „Dann habe ich gleich den Kadi auf dem Hals.“ (Über die notwendige Entwirrung der Rechtslage vieler Gesundheitsberufe lesen Sie einen ausführlichen Tagungsbericht auf Seite 32-35.)

Der Kadi muss nicht sein. Blank hat gute Erfahrungen mit Hausbesuchen (50 bis 60 im Jahr bei Chronikern) durch seine Fachangestellten gemacht. Man muss sehen, welche geeignet und gewillt ist – und erwünscht. „Eine aus dem Team macht das besonders gern und gut“, sagte Blank. Natürlich müssen sie gut geschult werden, auch für die telefonische Anforderung eines Hausbesuchs. Sie sollen den Grad der Notwendigkeit erfragen können. („Herzschmerz? Sehr hoher Blutdruck?“) Und für notwendige Hausbesuche sollte man der Fachangestellten Handlungsanweisungen geben, auch für die Strukturierung des Besuchs.

Wie gibt man Depressiven Rückhalt?

Eine besonders schwierige und gefährdete Patientengruppe sind die Depressiven. Anhand eines Fragezettels wurden im Gespräch der Kleingruppen die Probleme für die nicht „psychospezialisierte“ Praxis herausgearbeitet: Zunächst die Frage der Diagnosefindung. Ist da eine Patientin wirklich psychisch krank oder trauert sie „nur“ um einen Menschen oder um einen Arbeitsplatz? Und wie geht man mit solchen Patienten um? Als Arzt oder Ärztin ist man selber unsicher und müsste doch auch dem Personal Sicherheit für den Umgang mit depressiven Patienten geben. Sie „kleben am Stuhl“, brauchen viel Zeit, und die hat man nicht. Als Arzt fühlt man sich hilflos und weiß doch, wie dringend diese Kranken Hilfe brauchen.

Psychotherapeuten aber sind rar. Selbst in Berlin gibt es zu wenig freie Therapieplätze, sogar für die Nachsorge nach Klinikentlassung eines Patienten mit Suizidversuch (s. BERLINER ÄRZTE 11/2013 S. 25-27). Die Workshopmitglieder suchten Abhilfe, pinnten Kärtchen mit Vorschlägen an: Ein Therapeut für jede größere Hausarztpraxis? Geht in der Regel nicht, schon gar nicht auf dem Lande. Selber mehr Kompetenz erwerben? Es gibt ja Kurse in Gesprächsführung, und es gibt Balintgruppen. Wäre das nicht was fürs ganze Team? Denn alle müssen ja aufmerksam sein und ein Auge auf solche Patienten haben.

Wer darf Hausbesuche ohne Arzt machen?

Der Wunsch, mehr an geschulte Medizinische Fachangestellte delegieren zu dürfen, geht gerade in Erfüllung: Als Partner des Bundesmantelvertrages haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen getroffen, worunter auch Hausbesuche fallen. Danach sollten nichtärztliche Mitarbeiterinnen unter Umständen, z. B. bei chronisch Kranken, auch Hausbesuche alleine machen dürfen. Selbstverständlich gelten die allgemeinen Anforderungen an die Delegation ärztlicher Leistungen. Insbesondere muss es vor dem Besuch einen Arzt-Patienten-Kontakt gegeben haben. Voraussetzungen: Die Mitarbeiterin muss geeignet, angeleitet und überwacht sein. Typischerweise geeignet ist eine Medizinische Fachangestellte mit Abschluss, die sich einschlägig fortgebildet hat. (Näheres über diese wichtige, die Ärzte entlastende Vereinbarung können Sie nachlesen unter: http://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf)

Es hat sich bewährt, berichtete Blank, mit diesen Patienten dichte Gesprächstermine zu vereinbaren, telefonisch oder persönlich. Auch gut geschulte und motivierte MFAs können Depressiven damit Rückhalt geben.

Mehr Lebensqualität für alte Patienten!

Später berichtete Wolfgang Blank in einem Vortrag mit dem Titel „Lebensqualität im Alter“ über ein eigenes Praxisobjekt, und auch hier erwies er sich als einflussreicher und engagierter Hausarzt, der vom Bedarf und den Bedürfnissen seiner Patienten ausgeht und nicht die normalen Laborwerte ins Zentrum stellt. Und – o Wunder – es gelang ihm, alle potentiellen Helfer um sein Dorf Kirchberg im Wald herum zur interprofessionellen Zusammenarbeit zu bringen.

Seine alten und uralten Patienten legen durchweg viel Wert auf Selbstbestimmung, die alleinlebende 92-jährige Multimorbide, der 83-jährige leicht Demente mit den zwei Schlaganfällen und die ande-

ren. Die alten Leute überforderten das Praxisteam, man wusste nicht, was sie eigentlich wollten, denn am Ende lehnten sie die Therapievorschläge immer ab oder ignorierten die ärztlichen Anordnungen.

Da kam dem Doktor die Idee, in der geriatrischen Rehabilitationsklinik nach der Möglichkeit von Hospitationen zu fragen. Dort freute man sich, dass jemand wissen wollte, wie man mit alten Menschen umgeht, auch mit Dementen, welches Assessment nützlich ist, was man tun oder lassen sollte, damit es den meist multimorbiden Senioren so gut wie möglich geht. (Beispiele: Sturzprophylaxe, Beachtung der Priscus-Liste der im Alter riskanten Medikamente usw.)

Blank versuchte, für die Teamarbeit der Klinik eine ambulante Variante zu erfinden, und es gelang. Er mobilisierte die Fachkräfte der ganzen Umgebung, Pflegekräfte und Sozialarbeiter, Physio- und Ergotherapeuten, auch die Angehörigen. Seit acht Jahren schon trifft sich das ganze multiprofessionelle Team an einem Abend alle sechs Wochen (ohne Bezahlung) zum Kurz-Assessment eines

Patienten. Auf Augenhöhe bespricht man, was für ihn nötig wäre und was er selber möchte. Die Wünsche der Betagten sind ganz verschieden: Den Enkel beim Hausbau unterstützen. Das Grab der Ehefrau besuchen. Die Hühner noch versorgen können. Und gärtnern. Da legt der Schwiegersohn dem alten Mann ein Hochbeet an und er ist glücklich. Bücken ging ja nicht mehr. Die 92-jährige Eigenwillige würde gern selber einkaufen gehen, lehnt aber einen Rollator ab, geniert sich damit. Sie stützt sich immer auf einen Stock und ihren Besen. Da steckte sich der Hausarzt hinter den Pfarrer. Der geht mit ihr samt Rollator in die Kirche, nun ist sie wieder mobil.

Die alten Leute leben auf bei dieser individuellen Behandlung. „Und ich habe wahn-sinnig viel gelernt dabei“, sagte Blank. Beispielsweise den Patienten als Person zu sehen. Und mit den anderen Helfern auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Der Referent aus dem Walde bekam in Berlin am Ende rauschenden Beifall.

Rosemarie Stein

Kritischer Blick auf neue Wirkstoffe und Risiken

Gemeinsame Arzt-Apotheker-Fortbildungsveranstaltung

Bis auf den letzten Platz besetzt war der Hörsaal des Kaiserin Friedrich-Hauses, Veranstaltungsort der zweimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Arzt-Apotheker-Fortbildungsangebote, am 6. November 2013. Das Interesse galt dem Vortrag von Prof. Dr. med. Ulrich Schwabe, der sich den neu zugelassenen Arzneimitteln des Jahres samt kritischer Bewertung widmete, sowie dem Referat von Dr. med. Thomas Stammschulte über interessante Verdachtsfälle aus dem Bereich der Arzneimittelsicherheit.

Von Claudia Bruhn

Wie bereits im Vorjahr war es der Ärztekammer Berlin und der Apothekerkammer Berlin gelungen, die gemeinsame Fortbildungsveranstaltung in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) auszurichten.

Die AkdÄ ist ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer, dessen Hauptaufgabe darin besteht, die Ärzteschaft vielfältig und aktuell über rationale Arzneimitteltherapien und Arzneimittelsicherheit zu informieren. Auf der Basis validierter und klinisch relevanter

Forschungsergebnisse veröffentlicht die AkdÄ unter anderem Therapieempfehlungen. Mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unterhält sie den Ärzteausschuss Arzneimittelsicherheit und eine Datenbank zur Spontanerfassung unerwünschter Arzneimittelwirkungen. Außerdem ist die AkdÄ Stufenplanbeteiligte nach dem Arzneimittelgesetz (AMG § 62) und richtet Fortbildungsveranstaltungen aus.

Interessante Auswahl von Neuzulassungen

Der Arzneimittelexperte Professor Dr. med. Ulrich Schwabe aus Heidelberg, Mitglied der AkdÄ und Mitherausgeber des Arzneiverordnungsreports, verwies darauf, dass zu den im Jahr 2013 bislang zugelassenen 21 neuen Medikamenten bis zum Jahresende wahrscheinlich noch einige wenige dazukommen werden. Aus

Zeitgründen beschränkte sich der Referent auf eine aus seiner Sicht besonders interessante Auswahl aus den Neuzulassungen.

- Dazu gehört der reine Androgenrezeptorantagonist Enzalutamid zur Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms. Dieser Wirkstoff mit in Studien nachgewiesener Verlängerung des Gesamtüberlebens stellt eine Option für Patienten dar, bei denen die Erkrankung während oder nach einer Chemotherapie mit Docetaxel fortschreitet.
- Die Investitionen der Pharmahersteller in die Entwicklung neuer Antibiotika seien, so Schwabe, im Vergleich etwa mit den Ausgaben zur Entwicklung onkologischer Wirkstoffe, derzeit gering. Insoweit sei die Markteinführung des makrozyklischen Antibiotikums Fidaxomicin zur Behandlung von Clostridium-difficile-Infektionen zu begrüßen.
- Die Substanz Linaclotid, ein Agonist der Guanylatcyclase-C, wurde zugelassen zur symptomatischen Behandlung des mittelschweren bis schweren Reizdarmsyndroms mit Obstipation.
- Das Antidiabetikum Lixisenatid erweitert die Palette der GLP-1-Agonisten; gleichwohl ist es im Direktvergleich weniger wirksam als die bereits auf dem Markt befindlichen Inkretinmimetika Exenatid und Liraglutid.
- Bei dem HER2-Inhibitor Pertuzumab handelt es sich nach Schwabes Erläuterungen um ein besonders wichtiges neues Medikament, indem es beim HER2-positiven, inoperablen Mammakarzinom mit viszeralen Metastasen, also mit besonders ungünstiger Prognose, eine First-line-Option darstellt und zudem eine gute kardiale Verträglichkeit aufweist.
- Der Immunmodulator Teriflunomid ist ein neues orales Medikament zur Behandlung der schubförmig remittierenden Multiplen Sklerose. Bei dem Wirkstoff handelt es sich um den Hauptmetaboliten von Leflunomid,

das als Basistherapeutikum bei rheumatoider Arthritis eingesetzt wird.

Nutzenbewertung ist keine Therapieempfehlung

Nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) muss jedes neu zugelassene Arzneimittel ein Nutzenbewertungsverfahren durchlaufen. Schwabe betonte, dass eine positive Nutzenbewertung nicht mit einer Therapieempfehlung gleichzusetzen ist, da die Bewertung lediglich der Preisfindung des Arzneimittels dient; hier komme es gelegentlich zu Missverständnissen. Der Stand der Nutzenbewertung und weitere Informationen sind auf der Webseite des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufbar (www.g-ba.de/informationen/nutzenbewertung).

Strenge Überwachung der Arzneimittelsicherheit

Die Überwachung der Arzneimittelsicherheit (Pharmakovigilanz) nimmt in der Arbeit der AkdÄ einen breiten Raum ein. So versendet die AkdÄ beispielsweise einen kostenlosen Newsletter (Drug Safety Mail), der auf neue Risikoinformationen zu Arzneimitteln (Risikobekanntgaben, Rote-Hand-Briefe etc.) hinweist. Außerdem nimmt die AkdÄ Spontanmeldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (auch Verdachtsfälle) entgegen.

Dr. med. Thomas Stammschulte, seit 2006 Referent für Pharmakovigilanz bei der AdkÄ, gab in seinem Vortrag einen Überblick über die Aktivitäten zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit auf europäischer Ebene. Das entsprechende wissenschaftliche Gremium, in dem alle Mitgliedsstaaten mit je zwei Fachleuten vertreten sind, ist das Pharmakovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). Zu den Wirkstoffen, für die das PRAC in jüngster Zeit Neubewertungen vorgenommen hat, die teilweise zu Indikations einschränkungen, neuen Kontraindikationen oder sogar Markttrücknahmen geführt haben, zählen beispielsweise Flupirtin, Diclofenac und Tetraxepam.

Besonders wertvoll ist nach Stammschulte die Einschätzung der Transparenz, die das PRAC bei diesen Verfahren an den Tag legt: alle relevanten Dokumente sind auf der Webseite der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA; www.ema.europa.eu/ema) zu finden.

Verfasserin:
Dr. Claudia Bruhn
Apothekerin / Medizinerjournalistin, Randowtal

Fehlerteufel

Im Nachruf „Zum Gedenken an Hans Bayer“ in Heft 1/2014, S. 37 hat sich ein kleiner Fehler eingeschlichen: Prof. Dr. Hans Bayer kam bereits 1959 an die Charité, nicht wie angegeben 1973. In diesem Jahr wurde er Direktor der 1. Universitäts-Frauenklinik der Charité. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Die Redaktion

ANZEIGE

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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 21.02. – 22.02.2014 21.03. – 22.03.2014 25.04. – 26.04.2014 23.05. – 24.05.2014 	Kurs Suchtmedizinische Grundversorgung zum Erwerb der Zusatzweiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ in vier Modulen	DRK Kliniken Mitte Haus E Drontheimer Str. 39-40 13359 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1301 /-1303 E-Mail: fb-aag@aekb.de 160 € je Kursteil	15 P pro Kursteil
<ul style="list-style-type: none"> ■ 05.03.2014 	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
<ul style="list-style-type: none"> ■ 10.03.–15.03.2014 05.05.–10.05.2014 16.06.–21.06.2014 	Qualitätsmanagement (200 Std.) nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 40806-1402 Inhalte: Tel.: 40806-1207 E-Mail: QM-Kurs2014@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 21.03.2014 	Untersuchung des Kontrast- und Dämmerungssehens / Gesichtsfeldbefundung bei Untersuchungen gemäß Fahrerlaubnisverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 60 €	5 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 21.03.–22.03.2014 	Verkehrsmedizinische Begutachtung – Qualifizierung gemäß Fahrerlaubnisverordnung (weitere Informationen s. S. 12)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 250 € Kombipreis mit „Unters. des Kontrast- und Dämmerungssehens“: 290 €	16 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 24.03.–26.03.2014 	Arbeitsmedizinische Gehörsorge nach G 20 „Lärm“	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 360 €	31 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 29.03.2014 	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 08.05.–10.05.2014 (Modul 1) 26.06.–28.06.2014 (Modul 2) 11.09.–13.09.2014 (Modul 3) 12.12.2014 (Modul 4) 	Ärztliche Führung – ein praxisorientiertes Intensivprogramm (weitere Informationen s. S. 12)	Evangelische Bildungsstätte auf Schwanenwerder	Information und Anmeldung: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aertzliche-fuehrung@aekb.de	80 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 10.05.2014 14.05.2014 	„Wenn Partnerschaft verletzend wird... – Kompetent (be)handeln bei häuslicher Gewalt“ (weitere Informationen s. S. 9)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: S.I.G.N.A.L. e.V. E-Mail: wieners@signal-intervention.de Fax: 030 / 275 95 366	

Was tun beim Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung?

Kinderschutz – eine Orientierungshilfe für die Praxis

Der Berliner Notdienst Kinderschutz dürfte vielen Ärztinnen und Ärzten dem Namen nach bekannt sein. Eine klare Vorstellung und unmittelbare Anschauung von dessen Aufgabenbereich und der praktischen Arbeitsweise haben sie vermutlich jedoch nicht. Hier setzt das Fortbildungsangebot der Ärztekammer Berlin an, das sich an Kinderärzte und Hausärzte richtet, das aber ebenso Angehörigen anderer medizinischer Fachrichtungen offen steht. Interessierte Ärztinnen und Ärzte werden mit dieser Schülereinrichtung des Kinderschutzes unmittelbar „vor Ort“ bekannt gemacht. Im Weiteren zielt die gemeinsame Fachdiskussion anonymisierter Kasuistiken darauf ab, die klinisch-praktische Arbeit und die Aktivitäten der Kinder- und Jugendhilfe intensiver miteinander zu verschränken.

Referenten: Andreas Neumann-Witt, Leiter Berliner Notdienst Kinderschutz; Dr. med. Matthias Brockstedt, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Ärztlicher Leiter / Kinder- und Jugendgesundheitsdienst – Berlin Mitte, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin

Datum und Uhrzeit: Mittwoch, 19. Februar 2014; 15:00 - 16:30 Uhr
Ort: Berliner Notdienst Kinderschutz, Mindener Str. 14, 10589 Berlin

Anmeldung / Kontakt: Die Teilnahme ist kostenlos. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt. Eine persönliche Anmeldung ist unbedingt erforderlich; Anmeldung per Telefon: 030 / 40806-12 07 oder per E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de
Die Veranstaltung ist mit 3 Fortbildungspunkten anerkannt.

Patientensicherheit: Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche beitragenden Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden?

Gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit bietet die Ärztekammer Berlin dieses Seminar an. Dessen Ziel ist es, ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen zu vermitteln.

Die theoretischen Grundlagen werden in Kurzvorträgen dargestellt. Über Fallbeispiele wird das relevante Wissen konkretisiert und in praktischen Übungen zur Fallanalyse vertieft. Konzepte der Fehlerentstehung, Sicherheitskultur und Systemanalyse werden praxisnah diskutiert.

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

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: 01.03. - 27.03.2014

Präsenzseminare: 28.03. - 29.03.2014 und 09.05. - 10.05.2014 (jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Die Teilnehmerzahl ist auf 25 begrenzt.

Anmeldung erforderlich: Ärztekammer Berlin, Tel. 40806-1206, Dörte Bünning
E-Mail: d.buening@aekb.de

Teilnehmergebühr: 550 EUR, 37 Fortbildungspunkte

Grundlagen der medizinischen Begutachtung

Ein Kurs in drei Modulen

Basierend auf dem 40-stündigem Curriculum der Bundesärztekammer bietet die Ärztekammer Berlin ab Mai 2014 für alle in Weiterbildung befindlichen Kolleginnen und Kollegen und für Interessierte aus Klinik und Praxis erneut den Kurs „Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ 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.

Teilnehmer an dem Modulteil II am Samstag, den 24. Mai 2014, 10:30 bis 17:15 Uhr, erhalten in Abstimmung mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusätzlich eine Bescheinigung, dass diese Veranstaltung im Sinne der Ziffer 5.12 den "Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 01. Januar 2011)" entspricht.

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

Termine: Modul I: 09./10.05.2014 / Modul II: 23./24.05.2014 /
Modul III: 27./28.06.2014

Ort: Konferenzsaal der Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin
Teilnahmegebühr für die Module I - III: 400 EUR / 41 Fortbildungspunkte.

Die Kosten für das Zusatzmodul am Samstag, den 24.05.2014, 10:30 - 17:15 Uhr betragen 80 EUR.

Informationen und Anmeldung per E-Mail unter: begutachtung@aekb.de
Tel: 030/40806-1203

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

Der Kurs Pädiatrie kann in Verbindung mit einem 6-monatigen Weiterbildungsabschnitt in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung den lt. Weiterbildungsordnung zu erbringenden Abschnitt in der Kinder- und Jugendmedizin ersetzen und besteht aus folgenden drei Teilen:

1. 9 Stunden Theoriekurs
2. 40 Stunden Hospitation in einer Kinderarztpraxis
3. 60 Stunden Teilnahme am kinderärztlichen Notfall- und Bereitschaftsdienst der KV

Termine 9 Stunden Theoriekurs: jeweils mittwochs 19.00 - 21.15 Uhr
19.03.2014, 02.04.2014 und 14.05.2014

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

Gesamtgebühr: 550 EUR, 9 Fortbildungspunkte

Information und Anmeldung: Telefon: 030 / 40806-1203,
E-Mail: a.hellert@aekb.de

Berliner Ärzte auch im Internet:

www.berliner-aerzte.net!

Medizin im Übermaß – vom Nachweisen zum Handeln*

Einreichungsfrist für Abstracts zur Konferenz Preventing Overdiagnosis 2014 läuft

Ray Moynihan, Senior Research Fellow¹, Carl Heneghan, Professor für evidenzbasierte Medizin², Fiona Godlee, Chefredakteurin³

¹Centre for Research in Evidence-Based Practice, Faculty of Health Sciences and Medicine, Bond University, Gold Coast, QLD 4229, Australien; ²Centre for Evidence Based Medicine, University of Oxford, Oxford, Großbritannien; ³BMJ, London, Großbritannien

Allesits bekannt für ihre Unabhängigkeitsbemühungen werden die Bewohner der kanadischen Provinz Quebec unter Umständen bald mit einer anderen Kampagne weltweite Aufmerksamkeit auf sich ziehen: Sie möchten gegen das Übermaß an Medizin und die damit verbundenen Schäden ankämpfen. Anfang dieses Jahres [2013 Anm. d. Redaktion] veröffentlichte die Ärztekammer von Quebec ein Positionspapier zur Überdiagnose und Übertherapie und rief einen Arbeitskreis ins Leben, der die Ursachen für diese Phänomene ermitteln und Lösungen erarbeiten soll. Im September nahm dann eine Delegation der einflussreichsten Vertreter des Gesundheitssystems von Quebec – Vertreter der Ärzte, Krankenpfleger, Apotheker und der Krankenhausverwaltungen – an der ersten Konferenz zur Vermeidung von Überdiagnosen teil: der Preventing Overdiagnosis-Konferenz in Dartmouth, New Hampshire, USA.¹ Nun wird in der kanadischen Provinz daran gearbeitet, eine Datenbank mit Strategien zur Begegnung der Überdiagnostik und Übertherapie aufzubauen.² In Quebec führen Nachweise zum Handeln.

Zur gleichen Zeit fand eine vom US-amerikanischen National Cancer Institute eingesetzte Gruppe heraus, dass „immer wieder überdiagnostiziert wird, und zwar besonders häufig im Zusammenhang mit Krebsvorsorgeuntersuchungen“. Entsprechend empfahl sie, dass sowohl die Fachkreise als auch die Öffentlichkeit besser informiert werden müssten.³ Diese Empfehlung wird durch die Ergebnisse aktueller Umfragen bestätigt, wonach Ärzte weniger als jeden zehnten Patienten, der zur Krebsvorsorge vorstellig wird, über die Risiken einer Überdiagnose und Übertherapie aufklären.⁴ Und wie die BMJ-Reihe zur Medizin im Übermaß („Too Much Medicine“) bereits aufzeigte, erstreckt sich das Risiko einer Überdiagnose über ein breites Spektrum an Erkrankungen, wie unter anderem Lungenembolien⁵, chronische Lebererkrankungen⁶ und die Prädemenz⁷. Heute gibt das BMJ einen „Call for Papers“ bekannt: Für eine im Jahr 2014 geplante Themenausgabe zur Überdiagnostik und Übertherapie können Forschungsberichte eingereicht werden (siehe Kasten 1).

Mit über 150 wissenschaftlichen Vorträgen und Postern sowie mehr als 320 Teilnehmern aus knapp 30 Ländern wurden bei der Konferenz Preventing Overdiagnosis 2013 mehrere strategische

Konferenz Preventing Overdiagnosis 2014

Die Konferenz Preventing Overdiagnosis 2014 findet vom 15.–17. September 2014 im Centre for Evidence Based Medicine der Universität Oxford, Großbritannien, statt.

Weitere Informationen, unter anderem zur Registrierung und Abstract-Einreichung, stehen unter www.preventingoverdiagnosis.net zur Verfügung. Das BMJ plant eine Themenausgabe zur Medizin im Übermaß („Too Much Medicine“), die zeitgleich mit der Konferenz erscheinen soll.

Kasten 1

Kernpunkte identifiziert: Verstärkung der Forschung, Schulung von Fachkräften und Studenten, Aufklärung der Öffentlichkeit, Bekämpfung der absurden Anreize im Vergütungssystem, die aus Menschen Patienten machen, und Korrektur der Verfahren zur Definition von Erkrankungen und der Ausweitung dieser Definitionen (siehe Kasten 2).

Seit dieser Woche laufen nun die Registrierung und die Frist zum Einreichen von Abstracts zur zweiten internationalen Preventing Overdiagnosis-Konferenz. Ausgerichtet wird die 3-tägige Konferenz (15.–17. September 2014), die erneut vom BMJ unterstützt wird, vom Centre for Evidence Based Medicine der Universität von Oxford (www.preventingoverdiagnosis.net). Geeignete Vorträge und Poster sollten Art und Umfang der Problemstellung sowie mögliche Lösungsansätze thematisieren. Wenngleich die wissenschaftliche Betrachtung im Mittelpunkt steht, sind auch Diskussionen zum Gesamtkontext geplant und Verbraucher- sowie Bürgerverbände zur Teilnahme aufgefordert – die US-amerikanische Verbraucherschutzorganisation Consumer Reports ist ein weiterer Partner der Konferenz.

Iona Heath, ehemalige Präsidentin des Royal College of General Practitioners, dem britischen Berufsverband der Allgemeinmediziner, und eine der Hauptrednerinnen in Oxford, wies kürzlich darauf

.....
* Übersetzung aus BMJ 2013; 347; f 7141

hin, dass die Überdiagnostik und Übertherapie mit mindestens vier ethisch bedeutsamen Konsequenzen einhergehen.⁸ Die unnötige Etikettierung erzeugt Leid und durch die Ausweitung dessen, was als krank definiert wird, werden Ressourcen vergeudet, die wirksamer für die nötige Behandlung der am schwersten Betroffenen verwendet werden könnten. Darüber hinaus schwächen die steigenden Kosten die solidarisch finanzierten Gesundheitssysteme und die Verstärkung von biotechnischen Aktivitäten kann zur Marginalisierung und Verschleierung der allgemeinen sozialen und ökonomischen Krankheitsursachen führen. Ein weiterer Hauptredner der Konferenz im Jahr 2014 wird John Burn sein, der am National Institute of Health Research maßgeblich für Genetik zuständig ist und zuvor als Direktor dem Institute of Human Genetics vorstand. Er wird dazu beitragen, die Risiken in Verbindung mit der rasanten Verbreitung von Gentests zu beleuchten, die Teil eines übergreifenden Trends zum schnelleren Zugang

zu Diagnose- und Früherkennungstests sind. Zu den weiteren Hauptrednern zählen unter anderem Jack Wennberg aus den USA, Linn Getz aus Norwegen und Alexandra Barratt aus Australien.

Innerhalb des neuen Forschungszweigs der Überdiagnostik ist man sich aber gleichwohl dessen Stellung bewusst: Der umfangreiche Nutzen der medizinischen Diagnostik und der auch weiterhin vielfach ungedeckte Behandlungsbedarf werden voll und ganz anerkannt. Abgesehen von validen und robusten Daten ist ein Teil der zusammengetragenen Evidenz als vorläufig zu betrachten, und die Konferenz 2014 wird sich auch damit beschäftigen, ab wann von einer Überdiagnose gesprochen werden kann und wie sich diese bestmöglich messen lässt. Zudem besteht ein starkes Bedürfnis, diese aktuellen Bedenken in einen historischen und philosophischen Kontext zu stellen und Brücken zu anderen Fragestellungen der Medizin zu schlagen, wie etwa zum Thema der „partizipativen Entscheidungsfindung“. Wie die Teilnehmer der ersten Konferenz im Jahr 2013 in Dartmouth in Erinnerung haben werden, bietet die Konferenz außerdem die seltene Gelegenheit, mit Klinikern und Forschern unterschiedlichster Fachrichtungen sowie Vertretern von Politik- und Verbraucherkreisen zusammenzutreffen und zu arbeiten.⁹

Die jüngeren Bemühungen, die problematischen Konsequenzen des Übermaßes an Medizin bekannt zu machen und zu bekämpfen, werden zum Teil von Forschern vorangetrieben, die in der evidenzbasierten Medizin verwurzelt sind. Das Centre for Research in Evidence-Based Practice der Bond-Universität hat diese internationale wissenschaftliche Konferenzreihe mitinitiiert, und das Centre for Evidence Based Medicine der Universität von Oxford wird die zweite Konferenz ausrichten. Dies verdeutlicht, dass die wissenschaftlichen Belege nicht in einem wertfreien Raum produziert und genutzt werden. Vielmehr werden die wissenschaftlichen Nachweise erzeugt, verbreitet und mitunter auch durch Interessengruppen verzerrt – mit bestimmten fachlichen als auch kommerziellen Zielen. So können beispielsweise „evidenzbasierte“ Leitlinien durch die Qualitätsmaßnahmen, die ihre Einhaltung sicherstellen sollen, zur Überdiagnose oder Übertherapie beitragen¹⁰, ebenso wie erweiterte Krankheitsdefinitionen, die das Resultat der Uneinigkeit von Leitliniengremien sind¹¹. Einige dieser Interessengruppen werden sich den zunehmenden Bemühungen, diese unnötigen Auswüchse in der Medizin zu vermeiden, sicherlich aggressiv widersetzen, um ihre Territorien und Märkte zu schützen. Unter anderem aus diesem Grund sind wir auf die Entwicklungen in der Provinz Quebec gespannt, über die die Beteiligten auf der Konferenz in Oxford im nächsten Jahr ebenfalls berichten werden.

Konferenz Preventing Overdiagnosis 2013 – Erklärung zu den strategischen Kernpunkten

- Verstärkung der Forschung zur Überdiagnostik, Erarbeitung allgemein gebilligter Messmethoden und Evaluierung von Strategien, die maximalen Nutzen bei minimalem Schaden sicherstellen
- Entwicklung von Lehrinhalten zur Überdiagnostik und deren Einbindung in die reguläre medizinische Ausbildung von Fachkräften und Studenten
- Förderung von Strategien zur Aufklärung der Öffentlichkeit und der politischen Entscheidungsträger hinsichtlich der Überdiagnostik und Ausarbeitung wirksamer Kommunikationsansätze für diese nicht immer unmittelbar nachvollziehbaren Fragestellungen
- Fortführung der Bemühungen in den verschiedenen Gesundheitssystemen zur Verringerung von Überdiagnosen und zur Bekämpfung absurder Anreize, die unnötig viele Menschen zu Patienten machen. Dabei soll insbesondere das Verfahren zur Definition von Krankheiten verändert werden: durch die Minimierung der fachlichen und finanziellen Interessenkonflikte innerhalb der Expertengremien und die rigorose Beurteilung der Vor- und Nachteile von erweiterten Krankheitsdefinitionen (www.preventingoverdiagnosis.net)

Kasten 2

Interessenkonflikt: Die Autoren haben die Richtlinie der BMJ Group zur Erklärung möglicher Interessenkonflikte gelesen und verstanden und geben folgende Konflikte an: R. Moynihan und C. Heneghan sind Mitglieder des Planungskomitees für das wissenschaftliche Programm der Konferenz Preventing Overdiagnosis 2014.

¹ Moynihan R. Science of overdiagnosis to be served up with a good dose of humility. *BMJ* 2013;347:f5157.

² Papin F. Surdiagnostic et surtraitement. *L'actualité médicale* 2013 (6 Nov):12-23.

³ Esserman L, Thomson I, Reid B. Overdiagnosis and overtreatment in cancer an opportunity for improvement. *JAMA* 2013; erschienen online am 29. Juli.

⁴ Wegwarth O, Gigerenzer, G. Overdiagnosis and overtreatment: evaluation of what physicians tell their patients about screening harms. *JAMA Intern Med* 2013; erschienen online am 21. Oktober.

⁵ Weiner RS, Schwartz LM, Woloshin S. When a test is too good: how CT pulmonary angiograms find pulmonary emboli that do not need to be found. *BMJ* 2013;347:f3368.

⁶ Moynihan R, Glasscock R, Doust J. Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. *BMJ* 2013;347:f4298.

⁷ Le Couteur D, Doust J, Creasey H, Brayne C. Political drive to screen for pre-dementia: not evidence based and ignores the harms of diagnosis. *BMJ* 2013;347:f5125.

⁸ Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests – an essay by Iona Heath. *BMJ* 2013;347:f6361.

⁹ Lyrtzopoulos G. Overdiagnosis – is informed decision making by patients the way forward? *BMJ Blog* 2013; <http://blogs.bmj.com/bmj/2013/09/16/georgios-lyrtzopoulos-overdiagnosis-informed-decision-making-by-patients-the-way-forward>.

¹⁰ Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point. *BMJ* 2007;335:1075-6.

¹¹ Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med* 2013;10:e1001500.

Zu zitieren als: *BMJ* 2013;347:f7141.

Berliner Schüler retten Leben

Im Paulsen-Gymnasium im Bezirk Steglitz-Zehlendorf hat am 29. November 2013 die Umsetzung des Pilotprojekts „Schüler werden Lebensretter“ begonnen. Die Idee hatte ein Schüler des Gymnasiums an die Ärztekammer Berlin herangetragen. In Zusammenarbeit mit der Schulleitung und der Rettungsstelle am Campus Benjamin Franklin der Charité wurde die erste Übung zur Schulung in Kardiopulmonaler Reanimation und in der Handhabung der Automatisierten Externen Defibrillatoren (AED) umgesetzt.

Von Ulrike Hempel

Dr. med. Werner Wyrwich begrüßt Philipp Schmid mit einem herzlichen Handschlag. Noch sitzen in der Aula nur einige wenige Schülerinnen und Schüler. Die große Uhr hinter der Bühne zeigt auch erst auf 11.45 Uhr. Kursbeginn ist 12.00 Uhr. Da werden dann Schüler von der 8. bis zur 11. Klasse, Lehrer und Ärzte ziemlich schnell ins Schwitzen kommen, während die Bee Gees ihren Disco-Song „Stayin' Alive“ aus dem Verstärker quäken. Doch im Moment stapeln sich erstmal nur zugeklebte

Pappkartons und blaugraue Gerätschaften, die wie massive Kleinkinder-CD-Player aussehen, auf den Treppen zur Bühne.

Die Aula des Gymnasiums ist Philipp noch sehr vertraut. Er hat am Paulsen-Gymnasium sein Abitur gemacht, aktuell läuft seine Bewerbung am Unfallkrankenhaus Berlin (UKB). Zunächst will er Operationstechnischer Assistent werden, später Medizin studieren. In seiner Vita steht ein zweimonatiges Praktikum in der Unfall-

chirurgie am UKB. „Im Juni oder Juli 2013 habe ich den Kontakt zu Dr. Wyrwich aufgenommen“, erzählt Philipp. Er hatte einige Wochen zuvor Medienberichte über einen Schüler gelesen, der auf der Straße einem Mann mit Herzinfarkt das Leben retten konnte. Der Junge hatte bei einer Laienreanimation gelernt, wie er als Ersthelfer die Zeit überbrücken konnte, bis der Rettungswagen kam. Den Ausschlag zur Projektidee gab das Gespräch mit einem Bekannten von einer anderen Schule, an der es ein Modell zur Ausbildung von Schülern zu Ersthelfern bei der Reanimation gab. „Ansätze dieses Modells zur Basisreanimation durch ersthelfende Augenzeugen wollte ich für mein Gymnasium unbedingt übernehmen, modifizieren und etablieren.“ Unterstützung fand Philipp bei Unfallchirurg Werner Wyrwich, der als kaufmännischer Centrunsleiter des Charité-Centrums₁₃ arbeitet und seit 2003 für den Marburger Bund im Vorstand der Ärztekammer Berlin ehrenamtlich tätig ist.

„Philipp musste mich nicht lange überzeugen, das Projekt zu realisieren und aktiv zu begleiten“, versichert Wyrwich. Es sei Tatsache, dass auch in Berlin, obwohl es hier ein sehr gut organisiertes Rettungswesen gebe, die Dauer des Zeitfensters bis zum Eintreffen von professioneller Hilfe zu groß ist, um bei einem Menschen mit einem Kreislaufstillstand Hypoxie-bedingte Schäden abwenden zu können. Dieses Zeitfenster muss also durch Laienhelfer verkürzt bzw. überbrückt werden. Damit kommt den Ersthelfern eine extrem wichtige Rolle sowohl hinsichtlich der Alarmierung von professioneller Hilfe, als auch hinsichtlich des tatsächlichen Erfolgs einer Wiederbelebung zu. Aber beides wird nicht regelmäßig trainiert, kritisiert Wyrwich. Aus Erste-Hilfe-Kursen für den Führerschein bleibt oft nur die „stabile Seitenlage“ hängen. „Fakt ist, dass die Ersthelfer-Reanimationsquoten in Deutschland bei ca. 14 Prozent, in den Ländern Skandinaviens aber drei bis fünf Mal so hoch liegen. Also gehe ich davon aus, dass bei uns ein echtes Verbesserungspotenzial besteht. Bisher wurde nur nicht systematisch versucht, dieses Potenzial zu nutzen.“

Philipps Idee nahm schnell verbindliche Formen an. Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat sich entschieden, das Projekt „Berliner Schüler retten Leben“ durch eine Logo-Partnerschaft zu unterstützen und einen Beitrag zur Beschaffung der Übungsmaterialien freizugeben. 5 Kurse à 3 Stunden sind geplant.

Die Plätze für den ersten Kurs gingen weg wie warme Semmeln. Priska G. (14) und Elisabeth S. (15) aus der 9. Klasse hätten zu gern ihre Erste-Hilfe-Kenntnisse aufgefrischt, denn „wenn mal jemand zusammenklappt, ist das echt praktisch“. Leider haben sie zu spät von den Informationszetteln an den Schultüren erfahren. Der erste Übungskurs ist schon voll besetzt. Trotzdem wollten die Mädchen es auf gut Glück probieren. So wie die etwa 10 anderen Schüler, die sich heute noch im Sekretariat einschreiben wollten, werden die beiden Mädchen auf den nächsten Kurs hingewiesen. Enttäuscht gehen sie in Richtung Treppe, während die Schulleiterin, Oberstudiendirektorin Ulrike van



Die Charité-Ärzte verteilen in der Aula Laiendefibrillatoren. Das Projekt wird von der Ärztekammer Berlin unterstützt.

Rinsum, alle Anwesenden herzlich willkommen heißt. Nachdem sie den 20 teilnehmenden Schülerinnen und Schülern und 6 Kolleginnen und Kollegen das Team bestehend aus Dr. med. Werner Wyrwich, Dr. med. Angela Ale Abaei, FÄ für Innere Medizin und Oberärztin der Rettungsstelle am CBF, sowie Oberarzt Dr. med. Bernd A. Leidel, stellvertretender Leiter der interdisziplinären Rettungsstelle und Aufnahme-station am Campus Benjamin Franklin der Charité, vorgestellt hat, gibt Leidel eine kurze theoretische Einführung zum:

- Grundverständnis Kreislauf,
- Kreislaufstillstand,
- Erkennen des Kreislaufstillstandes,
- Aktivieren von Hilfe,
- Strukturierte Alarmierung des Rettungsdienstes,

- Verständnis und effektive Durchführung der Herzdruckmassage und
- Anwendung der Beatmung

Dann endlich kommt der Kartoninhalt auf den Plan. Die Reanimationspuppen werden von den drei Ärzten verteilt. Den richtigen Rhythmus bringt „Stayin' Alive“ in die Gruppe der Auszubildenden. Ingeruth Troxler-Teichert, Biologie- und Sportlehrerin, findet das Pilotprojekt sehr überzeugend. Philipp hatte das Konzept in der Fachkonferenz Sport präsentiert, an der alle Fachkollegen Sport, die Elternvertreter und die Schülervertreter teilnahmen. Früher gab es mal die Vorstellung, die Ersthelferausbildung der Schüler im Regelunterricht zu erbringen. „Aber das können wir unmöglich leisten, dafür sind wir nicht umfassend genug ausgebildet und der zeitliche Rahmen ließe das auch nicht zu. Das können die ärztlichen Spezialisten einfach besser“, sagt die engagierte Sportlehrerin. Sie findet toll, dass die Charité-Ärzte das Reanimationstraining für die Schüler und Lehrer ehrenamtlich und in der schulischen Lernzeit machen.

Ziad E. (16) aus der 10. Klasse erzählt in der Pause, wie froh er ist, den Kurs an der Schule besuchen zu können. Sein Onkel war Augenzeuge eines Unfalls. Er hat Erste Hilfe geleistet, bis nach etwa 5 Minuten professionelle Hilfe kam. „Da bin ich nach dem Kurs gut aufgestellt. Ich weiß, warum Herz-Kreislaufstillstand so gefährlich und schädlich ist. Wie ich den überhaupt erkenne und wie ich dem Menschen helfen kann. Das ist jetzt wieder drin: Prüfen, Rufen, Drücken, Beatmen und Schießen.“ Schießen? „Na, mit dem AED oder Defi.“ Ach so, klar. Olga M. (Name von Red. geändert) hätte nicht geglaubt, dass die

ANZEIGE

Thoraxkompression so viel Kraft kostet: „Ich habe mich wirklich angestrengt, aber einfach wild drücken bringt nichts, hat Dr. Wyrwich zu mir gesagt. Er hat mir den Trick mit den durchgestreckten Armen und der senkrecht gebeugten Haltung über der Reanimationspuppe gezeigt, damit ich meine Kraftressourcen besser einteilen kann.“ Sie habe nach dem praktischen Übungsteil an der Puppe, dem Rollenspiel Alarmierung und Kommunikation mit der Leitstelle der Feuerwehr und dem Handhaben des AEDs weniger Angst vor einem Notfall. „Und außerdem war doch wirklich cool, wie wir uns alle zum Rhythmus der Bee Gees mit dem Puppedrücken abgemüht haben.“

Werner Wyrwich bestätigt: Schüler, die an die Laienreanimation herangeführt werden, haben nicht nur Spaß an der Veranstaltung, sondern wirken oft sogar als Multiplikatoren in ihrem eigenen Umfeld zum Beispiel bei Geschwistern und Eltern. Sie haben darüber hinaus auch weniger Hemmungen als ältere Mitbürger und sind eher bereit, im Notfall auch tatsächlich zu helfen. Er empfiehlt den Artikel „Ausbildung von Schülern zu Ersthelfern bei der Reanimation“ von J. Breckwoldt

und U. Kreimeier in der Zeitschrift „Notfall- und Rettungsmedizin“ (Heft 08/13). Hier werden fünf Argumente genannt, warum ein Programm in die Schulbildung gehört:

- Alle Bevölkerungsschichten werden erreicht (für eine statistisch signifikante Verbesserung der Reanimationsergebnisse müssten mindestens 15 Prozent der Bevölkerung geschult werden)
- Verantwortungsbewusstsein kann früh verankert werden
- Instruktionsqualität ist höher und die Notwendigkeit zum ernsthaften Üben kann positiv vermittelt werden
- Stufenweiser Aufbau von Kompetenzen ist nötig
- Verknüpfung mit schulischen Themen aus Biologie, Sport, Gesundheitserziehung ist möglich

Auch Edgar Perlick, Lehrer für Erdkunde und Geschichte, lässt sich in dem Kurs ausbilden, obwohl er eine Ersthelfer-Ausbildung hat. Perlick ist mit seinen Schülern häufig auf Kursfahrten, „da brauche ich eine Auffrischung der Basisreanimation“. Ein negatives Erlebnis in seiner Kindheit hat ihm gezeigt, wie wesentlich gute Kom-

pressionen mit entsprechender Drucktiefe und der richtigen Frequenz sind und vor allem auch der frühestmögliche Anruf bei der Feuerwehr. Die Aufgabe der ausgebildeten Schüler und Lehrer wird es langfristig sein, neue Kurse an dem Gymnasium zu initiieren. Alle sind mit viel Engagement dabei: Die Schule hat einen Antrag für die Anschaffung eines AEDs gestellt. Der Defi soll für den Notfall im Sekretariat der Schule griffbereit sein.

„Wenn das Pilotprojekt am Paulsen-Gymnasium gute Ergebnisse zeigt, sollten wir darüber nachdenken, wie das Programm weiter ausgerollt werden kann und soll. Perspektivisch kann die ganze Gesellschaft daraus echten Nutzen ziehen“, zeigt sich Wyrwich überzeugt. Die Ärztekammer Berlin wäre dann als öffentliche Institution auch in der Lage und in der Verantwortung, entsprechend auf die Berliner Politik einzuwirken. „Vielleicht kann es gelingen, die Politik und die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren und die Laienreanimation in naher Zukunft sogar zum Pflichtunterricht an Berliner Schulen zu machen.“

Verfasserin:
Ulrike Hempel, Freie Journalistin

Wider den Wirrwar der Gesundheitsberufe

Wie stellt man unsere kopflastige Gesundheitsversorgung sicher auf die Füße? Wie schwächt man die Bürokratie von oben, die sich verselbstständigt hat? Wie reformiert man veraltete Strukturen und Vorschriften so dass sie künftig dem Wohl und nicht dem Wehe der Kranken und Pflegebedürftigen sowie ihrer Helfer dienen? Die Robert Bosch Stiftung – und nicht sie allein – würde wohl am liebsten das ganze obsoletere Gesundheitswesen total umkrempeln. Das wäre aber sicher aussichtslos, und deshalb beschränkt sie sich klug und weise auf wichtige Einzelprobleme. Sehr viel erreichte sie zum Beispiel für die Reform des Medizinstudiums und der Pflegeausbildung. Jetzt hat sie sich die anderen Gesundheitsberufe und ihre Zusammenarbeit vorgenommen. Dies Thema und ein zweites, die Stärkung der regionalen Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung, standen auf dem Programm eines außergewöhnlich interessanten multidisziplinären Symposiums in der Berliner Stiftungs-Repräsentanz.

„Ich verstehe nicht, warum Leute Angst vor neuen Ideen haben. Ich habe Angst vor den alten.“ Das hat zwar John Cage ge-

sagt, ein Musiker, aber es passt so gut zu unserer auf den Kollaps zu schwankenden Gesundheitsversorgung, dass die Charité-

professorin Adelheid Kuhlmeier das Zitat wie ein Motto ans Ende ihrer Einführung ins Berliner Symposium der Bosch Stiftung stellte. Die alten Ideen und Konzepte, aus denen man sich nur schwer befreien kann, führen zu kostspieliger Dysfunktionalität des Gesundheitswesens.

Da steht noch immer die Akutmedizin im Zentrum, obwohl in der „Gesellschaft des längeren Lebens“ die chronisch Kranken, Multimorbiden, Altersgebrechlichen, Pflegebedürftigen längst dominieren. Noch immer mangelt es an Koordination von Klinik und Praxis, an Zusammenarbeit von medizinischer und sozialer Hilfe, am Gespräch zwischen den Beschäftigten im Gesundheitswesen. Darunter leiden sie selbst und vor allem die, für die sie zu sorgen haben.

Deshalb hatte die Bosch Stiftung für drei Jahre einen Sonderbereich „Zukunfts-

fragen der Gesundheitsversorgung“ eingerichtet, geleitet von Almut Satrapa-Schill. Zuvor hatte sie schon, wie auch Hans-Jürgen Firnkorn, sehr viel für die zu Unrecht vernachlässigten Gebiete des Gesundheitswesens bewirkt.

Zwei Schneisen durch den Dschungel des Gesundheitswesens

„Die Gesundheitsversorgung von morgen“ war der Titel einer Tagung der Stiftung (gemeinsam mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch-BKK) auf der die Themen des (ebenfalls gemeinsamen) Folge-Treffens von Ende 2013 gut vorbereitet wurden. „Alles ist gesagt, aber wenig getan“, sagte Almut Satrapa-Schill zu Beginn des Berliner Symposiums. Sein Titel „Wege zur Sicherung der Gesundheitsversorgung von morgen“ zeigte, dass man nun zur Tat drängt. Zwei solcher Wege – Schneisen durch den Dschungel des Gesundheitswesens oder -unwesens, sollen nun gangbar gemacht werden. Die eine dieser Schneisen soll den Wildwuchs der alten und neuen Gesundheitsberufe in eine funktionale Form bringen, damit ihr Tun der Bevölkerung wirksamer zugute kommt als bisher.

Der zweite Weg führt in die Gemeinden oder die einzelnen Stadtteile, dorthin, wo die Leute leben. Sollte man nicht ihrem objektiven Bedarf und ihren subjektiven Bedürfnissen besser gerecht werden können, wenn man nicht alles von oben plant



Foto: Manuel Frauendorf

Frau Dr. Satrapa-Schill im Gespräch mit Dr. Monika Roth, Leiterin Gesundheitsmanagement ‚Gesundes Kinzigtal‘ (im Hintergrund: Ursula Matzke, Pflegedienstleiterin des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart).

und entscheidet, sondern so viel wie möglich an Ort und Stelle?

Zunächst zum ersten Weg: Nach sehr erfolgreichen Anstößen für die überfällige Reform des Medizinstudiums und der Pflegeausbildung hat die Stiftung sich nun intensiv um eine Neuordnung der Heil- und anderen Gesundheitsberufe bemüht. Deutlich wurde dies schon vor drei Jahren: In ihren beiden Stuttgarter Symposien „Ausbildung für die Gesundheit von morgen“ im Juni (s. BERLINER ÄRZTE 9/2010 S. 28-32) und „Die Gesundheitsversorgung von morgen“ im November 2010.

Das Chaos der Gesundheitsberufe lichten

Eine der resultierenden Erkenntnisse: Die Bevölkerung ist künftig nur dann sachgerecht und wirtschaftlich zu versorgen, wenn die verschiedenen Professionen ihre Rollen klären, ihre Profile schärfen, wenn sie besser zusammenarbeiten und wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen dies nicht behindern, sondern fördern. Ärzte können und wollen nicht alles tun. Sie brauchen Entlastung, und sie müssen bestimmte Aufgaben delegieren oder denen

ganz überlassen können, die dafür die Kompetenz erwerben. Dürfen sie auch, was sie können? Und können sie, was sie dürfen? Während des Berliner Treffens kamen Zweifel auf. Hat jemand noch den Überblick über hunderte von Ausbildungsgängen und die Qualifikation der Absolventen?

Da gibt es neben den akademischen noch 16 „Heilberufe“ (ein verfassungsrechtlicher Begriff), von der Hebamme bis zur Altenpflegerin, für die das Berufszulassungsgesetz des Bundes gilt; 16 Ausbildungsberufe im dualen System nach dem Bundesbildungsgesetz, wie z.B. Medizinische Fachangestellte, Zahntechniker, Augenoptiker; 58 landesrechtlich (also sehr verschieden) geregelte Ausbildungsberufe in Pflegeassistenz mit vielen verschiedenen Bezeichnungen und Qualifikationen. Hinzu kommen noch selbstgebastelte Arztassistentenberufe von Betrieben, Vereinen und Fachgesellschaften, teils mit Abkürzungen, die kein Außenstehender versteht, wie CTA, COA...

Das Chaos von über 160 verschiedenen Ausbildungsregelungen zu lichten und nötige Änderungen der Profile und Rollen der Gesundheitsberufe vorzuschlagen, war Aufgabe einer zehnköpfigen Arbeitsgruppe, die ihr die Stiftung vor zwei Jahren stellte. Ein Mitglied der Gruppe, Stefan Görres (Direktor des Bremer Instituts für Public Health und Pflegeforschung) skizzierte die Ergebnisse. Sehr ausführlich sind sie in einer auf der Tagung vorgelegten Denkschrift beschrieben: „Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln – Grundsätze und Perspektiven“.

Diese umfangreiche Denkschrift ist ein absolutes Novum. Denn niemand kümmerte sich bisher so gründlich um die alten und vor allem die neuen Professionen. Wie so vieles im Gesundheitswesen, sind sie ohne Bedarfsanalyse entstanden, es fehlt an der Evaluation ihrer Tätigkeit, man konstatiert allenthalben Forschungsdefizite, von Evidenzbasierung kann keine Rede sein. Nun werden die Gesundheitsberufe im ersten Teil der Denkschrift „neu gedacht“: in Hinblick auf die veränderten Herausforderungen in der „Gesellschaft des längeren Lebens“, sensibilisierend für die regi-



Pflegeforscher Stefan Görres.

onalen Unterschiede und die Ansprüche der Kranken und Pflegebedürftigen auf Mitsprache in eigener Sache und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

... durch rechtliche Neuregelung

Der zweite, hierauf aufbauende Teil der Denkschrift ist eine sehr detaillierte

Rechtsexpertise des Kieler Sozial- und Gesundheitsrechtlers Gerhard Igl. Den Teilnehmern der Berliner Tagung führte er an konkreten Beispielen vor Augen, wie verworren bis zur Absurdität der rechtliche Status mancher Gesundheitsberufe ist. Da gibt es einerseits eine Ausbildungsvergütung, andererseits müssen dieselben Auszubildenden Schulgeld zahlen. Oder folgendes schiefe Urteil: Eine akademisch ausgebildete Physiotherapeutin mit Masterabschluss darf Patienten nur behandeln, wenn ein Arzt das genehmigt. Es kann aber auch ein Heilpraktiker sein! Ein quasi ungeregelter Beruf bevormundet also einen streng geregelten.

Von einer „abenteuerlichen Vielfalt“ an ständig neu erfundenen Berufen mit einer unübersichtlichen Vielzahl an Regelungen sprach Igl. In der Denkschrift wird stattdessen eine umfassende Neuregelung des Rechts der Gesundheitsberufe vorgeschlagen und in den Einzelheiten ausgearbeitet. Auch wird ein Diskussionsforum aller Beteiligten gefordert, ein „Nationaler Gesundheitsberuferrat“. Im Laufe der

Naturheiltage Berlin

Frühjahrskongress 2014 – Kurs III

Freitag bis Sonntag, 14.-16.03. und 28.-30.03.2014

Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ mit Zertifizierung (39 Punkte)

Veranstalter:	Ärztegesellschaft für Naturheilverfahren (Physiotherapie) Berlin-Brandenburg e.V.
Inhalte:	
Physikalische Th.	KG bei chron. Rückenschmerz; Thermotherapie; Hyperthermie, Differentialtherapeutische Ansätze; Manuelle Therapie
14. u. 15.03.	
Phytotherapie:	bei Unruhezuständen, Schlafstörungen, Depressionen; bei urolog. Erkrankungen; bei Externa in der Geriatrie
15.03.	
Ordnungsth.:	Entspannungsverfahren; Das ärztliche Gespräch;
28.03.	
Ernährungsth.:	Hypnose
29.03. vorm.	Ernährungstherapie bei Adipositas, Heilfasten; Fastenberatung
Schwerpunktthema	Der chronische Rückenschmerz
29.03. nachm.	
30.03.	Ausleitende Verfahren
Anmeldung:	Naturheiltage Berlin, c/o Dr. med. Reinhold Heinzler, Tel: 01758557262, E-Mail: r.heinzler@web.de
Veranstaltungsort	St. Gertrauden Krankenhaus, Paretzer Str. 12, 10713 Berlin-Wilmersdorf
Kursgebühren:	380,00 Euro für den gesamten Kurs III. Ermäßigungen unter bestimmten Voraussetzungen und bei entsprechendem Nachweis.

Ausführliches Programm unter: www.naturheiltage-berlin.de

Diskussion kündigte man schon einen Verein zu dessen Förderung an. In diesem Rat könnten alle Beteiligten die Anpassung bestehender Berufe an die neuen Aufgaben erörtern und über neue Berufe nachdenken, die dem gewandelten Bedarf der Bevölkerung gerecht werden.

Sinnvolle neue Professionen

Vom Rat zur Tat schritt man im besonders innovativen ersten Teil dieses außergewöhnlichen Expertentreffens mehrfach. Vorgestellt wurde ein neuer, sehr sinnvoller Beruf, der sich in einer Pilotstudie schon bewährt hat und in Baden-Württemberg bereits staatlich anerkannt ist: Der vielseitig einsetzbare „Servicehelfer im Sozial- und Gesundheitswesen“. Ein Hauptschulabschluss genügt für die zweijährige, praktisch betonte Ausbildung. Die von der Bosch Stiftung kreierten Servicehelfer entlasten und ergänzen die Fachpflege, auch im Sinne der Teilhabe pflegebedürftiger, wofür sonst niemand Zeit findet. Jetzt wurde auch ein Förderverein gegründet: „Caro Ass“ (für Caro Assistenz).

Nicht neu, aber sehr selten ist der Beruf des Fachjuristen für Sozial- und Gesundheitsrecht, er bedarf also dringend der Nachwuchsförderung. Hierzu initiierte die Stiftung einen Dissertationsverbund. Einige seiner jungen Mitglieder stellten sich und ihre Themen auf der Berliner Tagung vor.

Teamwork ist hierzulande noch immer ein Fremdwort. Nicht miteinander zu reden, scheint ein deutsches Grundübel zu sein. Deshalb hatte die Bosch Stiftung schon im Jahre 2008 eine Expertengruppe berufen, aus deren Arbeit 2011 das Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ hervorging. Es will, wie es darin heißt, „Wege aufzeigen, wie die Kooperation der Gesundheitsberufe ... etabliert werden kann und sie zum Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses jedes einzelnen Mitarbeiters wird“.

20 dieser Wege oder „Weichenstellungen“ werden in dem Memorandum beschrieben, auf das man im Berliner Treffen mehrfach zurückkam. Einer soll hier zitiert werden, weil er für den zweiten Teil der

Tagung wichtig ist: „Stärken der regionalen Planung und Förderung von Versorgungsnetzen. Die Länder und Kommunen werden aufgefordert, interdisziplinäre Kooperation in der regionalen Gesundheitsversorgung zu initiieren, zu unterstützen und ihr eine Plattform zu geben.“

Dort planen, wo die Leute leben

Damit Länder und Gemeinden zu wirksamer Zusammenarbeit finden, brauchen sie mehr Möglichkeiten zu eigener Arbeit, das heißt, mehr Kompetenzen, um die Gesundheitsversorgung planen und steuern zu können. Die Vorteile einer stärkeren Regionalisierung stellen die Referenten und Diskutanten unter zwei Aspekten heraus, einem quantitativen und einem qualitativen. Der quantitative: Dass viele Landbewohner schon bis zum Notstand gesundheitlich unterversorgt sind oder demnächst sein werden, wissen wir. Eine großzügigere Bedarfsplanung nützt nichts, wenn unter den heutigen Bedingungen niemand aufs Land will. Diese Bedingungen muss man verbessern. In Brandenburg müssen Eltern zum Teil 60 Kilometer bis zum nächsten Kinderarzt fahren, hieß es. Aber in Ballungsgebieten schlägt die Überversorgung schon in Fehlversorgung um. (Es gibt in Berlin Ärzte, die ihren Patienten tatsächlich Vitamin C als Infusion verabreichen!)

Qualitativ: Volltönend heißt es oft über unser Gesundheitswesen: „Der Mensch steht im Mittelpunkt.“ Aber steht er manchmal nicht eher im Wege? hieß es in der Diskussion. Von „Aldi-Heimen in Gewerbegebieten“ war die Rede. Mit „Satt, sauber, ruhiggestellt“ muss sich jedoch kein Pflegebedürftiger mehr abfinden. Immer wieder wurde auf dieser Tagung hervorgehoben, dass sich die Strukturen dem objektiven Bedarf und den subjektiven Bedürfnissen der Hilfsbedürftigen anpassen haben und nicht umgekehrt, wie oft noch heute. Dort, wo die Menschen leben und sterben, weiß man am besten, was sie brauchen, kann professionelle Hilfe nach Maß planen und die Laien einbeziehen.

„Ran an den Gesetzgeber!“

„Regionalisierung des Gesundheitswesens“ und „Caring Community“, waren die Begriffe, von denen die Debatte am Ende beherrscht wurde. Aber mit der hierfür nötigen Kooperation der professionellen Helfer tut man sich überall schwer, auch in den Kommunen. Sie sollte deshalb, wurde gefordert, fest etabliert werden, zum Beispiel in Form von Gesundheitskonferenzen. Zusammenarbeit aber muss man lernen und – so eine warnende Stimme – man muss sie auch wollen. Einige ermutigende Modellversuche lernte man kennen, sie sind in Deutschland aber noch selten.

„Sorgende Gemeinden“ oder „Inklusionsgemeinschaften“ findet man eher im Ausland. Aus Finnland und aus Kanada wurden eindrucksvolle Beispiele von Gemeindeggesundheitszentren vorgestellt. Dort erhalten die Einwohner Hilfe „von der Wiege bis zur Bahre“, sie können aber, soweit Krankheit oder Behinderung es erlaubt, selbstbestimmt leben.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Regionalisierung des deutschen Gesundheitswesens erläuterte temperamentvoll Martin Burgi, der u.a. Sozialrecht in München lehrt. (Sein Bosch Stiftung initiiertes Gutachten, s. unter Literatur.) Er schloss salopp mit einer Aufforderung, die auf das ganze Symposium passt: „Jetzt aber ran an den Gesetzgeber!“

Rosemarie Stein

Literatur:
 Martin Burgi: *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden 2013.*
 Von der Robert Bosch Stiftung herausgegebene Literatur zum Themenkreis der Berliner Tagung: *Das Arztbild der Zukunft. Bleicher, Gerlingen 1989, 3. Auflage 1995.*
Pflege braucht Eliten. Bleicher, Gerlingen 1992, 6. Auflage 2000.
Pflege neu denken. Schattauer, Stuttgart/New York 2000.
Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen. Schattauer, Stuttgart 2011
Kooperation der Gesundheitsberufe. Memorandum 2011.
Gesundheitsberufe neu regeln, Grundsätze und Perspektiven. Denkschrift 2013. www.bosch-stiftung.de (s. auch „Heilen Ärzte?“, Seite 38).

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen November und Dezember 2013*

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Judith Abeler	FA Innere Medizin	20.11.13
Sima Akbari	FA Neurologie	03.12.13
Nahla Al-Asbahi	FA Augenheilkunde	06.11.13
Andrea Caletti	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	28.11.13
Fabian Ardame	FA Allgemeine Chirurgie	19.11.13
Andrea Miriam Baur	FA Allgemeine Chirurgie	28.11.13
Andreas Becht	FA Anästhesiologie	25.11.13
Marina Beize	FA Innere Medizin	04.12.13
Dr. med. Peter Bergs	FA Gefäßchirurgie	19.11.13
Dr. med. Anja Blumeyer	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	18.12.13
Ursula Busch	FA Innere Medizin	06.11.13
Frank Büttner	FA Arbeitsmedizin	19.11.13
Dr. med. Petra Creutz	FA Innere Medizin	18.12.13
Dr. med. Henry Däbritz	FA Innere Medizin	18.12.13
Antje Dengler-Riemann	FA Anästhesiologie	25.11.13
Dott. Caroline Di Maria	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	19.11.13
Dr. med. Viet Dinh Khac	FA Allgemeinmedizin	12.11.13
Dr. med. univ. Schima Djalali	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.11.13
Jens Driemert	FA Innere Medizin und Pneumologie	18.12.13
Dr. med. Nora Fabich	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.11.13
Dr. med. Katsiaryna Fedarava	FA Anästhesiologie	25.11.13
Dr. med. Christian Fischer	FA Innere Medizin	27.11.13
Bastian Gebhardt	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	06.11.13
Eirini Giaketsi	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.12.13
Jorge-Bruno Gonzalez	FA Neurochirurgie	10.12.13
Dr. med. Hikmet Gülmez	FA Innere Medizin	20.11.13
Tamara Hedde	FA Radiologie	20.11.13
Mohamed Salman Heiderfazal	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	13.11.13
Dr. med. Christian Hildebrand	FA Psychiatrie und Psychotherapie	05.12.13
Dr. med. Anna-Laura Hirsch	FA Innere Medizin	13.11.13
Dr. med. Alexander Höche	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.12.13
Dr. med. Petra Jordan	FA Allgemeinmedizin	12.11.13
Dr. med. Garsten Kamphues	FA Viszeralchirurgie	17.12.13
Dr. med. Martin Kempfs	FA Viszeralchirurgie	17.12.13
Dr. med. Lydia Koch	FA Innere Medizin und Kardiologie	04.12.13
Dr. med. Thomas Krause	FA Neurologie	17.12.13
Dr. med. Karen Krüger	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	06.11.13
Dr. med. Verena Kulka	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20.11.13
Frank Kunitz	FA Innere Medizin und Pneumologie	18.12.13
Sina Lehmann	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	11.12.13
Dr. med. Martin Lettau	FA Neurologie	03.12.13
Dr. med. Fabian Lindner	FA Innere Medizin	18.12.13
Dr. medic (RO) Ute Lohmann- Fürstenberg	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.12.13
Dr. med. Synke Lüdemann	FA Neurologie	10.12.13
Peter Lust	FA Neurologie	26.11.13
Dr. med. Jana Marie Mäffert	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.11.13
Dr. med. Monique Malbranc	FA Arbeitsmedizin	20.11.13
Tanja Marx	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.11.13
Angelina Matic	FA Innere Medizin	04.12.13
Angela Mc Cutcheon	FA Innere Medizin	27.11.13
Andrea Mewes	FA Radiologie	04.12.13
Dr. med. Matthias Meyer	FA Innere Medizin	11.12.13
Dr. med. Roland Meyer	FA Neurologie	10.12.13

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Steffen Mühlbauer	FA Allgemeine Chirurgie	19.11.13
Sheila Müller	FA Innere Medizin	06.11.13
Miranda Nafe	FA Innere Medizin und Pneumologie	18.12.13
Dr. med. Uta Nenning	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.11.13
Dr. med. Marek Nowak	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.11.13
Dr. med. Franziska Olgemöller	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.12.13
Cemile Opitz	FA Allgemeinmedizin	12.11.13
Mohamed Osman	FA Innere Medizin	11.12.13
Dr. med. Barbara Ostermann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.11.13
Dr. med. Berenike Peters	FA Innere Medizin	11.12.13
Melanie Peuler	FA Innere Medizin	18.12.13
Silke Pfützenreuter	FA Kinder- und Jugendmedizin	13.11.13
Dr. med. Nina Protzen	FA Innere Medizin	27.11.13
Priv.-Doz. Dr. med. Harald Prüß	FA Neurologie	12.11.13
Stephan Quentin	FA Arbeitsmedizin	20.11.13
Dr. med. Birgit Rabe	FA Neurologie	17.12.13
Dott./Univ.Pavia Ursula Rheinbay	FA Arbeitsmedizin	19.11.13
Lorenz Richter	FA Innere Medizin	11.12.13
Dr. med. Julia Maria Riethmüller	FA Innere Medizin	11.12.13
Astrid Roller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	05.11.13
Sylvia Roloff	FA Kinder- und Jugendmedizin	11.12.13
Daria Romanova	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	04.12.13
Marco Saas	FA Innere Medizin	13.11.13
Tom Scheffter	FA Allgemeine Chirurgie	17.12.13
Dr. med. Michael Schneider	FA Innere Medizin und Nephrologie	27.11.13
Dr. med. Sandra Schübler	FA Innere Medizin	04.12.13
Dagmar Schwaiger	FA Radiologie	04.12.13
Dr. med. Bettina Seeberg	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.11.13
Mohammad Shababi	FA Anästhesiologie	25.11.13
Asaad Sharafeldin	FA Neurochirurgie	10.12.13
Dr. med. Christine Sharma	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	04.12.13
Margarita Siewers	FA Radiologie	20.11.13
Dr. med. Angela Stöckle	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.12.13
Sebastian Strohm	FA Innere Medizin und Kardiologie	13.11.13
Dr. med. Friederike Taraz	FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	18.11.13
Dr. med. Max Thiemann	FA Gefäßchirurgie	19.11.13
Dr. med. Jan Henning Thiemeier	FA Innere Medizin	11.12.13
Dr. med. Andreas Martin Tilch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	19.11.13
Priv.-Doz. Dr. med. Markus Tölle	FA Innere Medizin und Nephrologie	27.11.13
Dr. med. Andrea Tornack	FA Innere Medizin	27.11.13
Dr. med. univ. Petr Vasicek	FA Psychiatrie und Psychotherapie	12.12.13
Dr. med. univ. Hannes Vetter	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27.11.13
Dr. med. Wanja Katharina Vieth	FA Psychiatrie und Psychotherapie	05.11.13
Dr. med. Georgi Wassilew	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	17.12.13
Dr. med. Friederike Maria Weber	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	04.12.13
Dr. med. Anja Wehlan	FA Allgemeinmedizin	12.11.13
Dr. med. Wolfgang Weiß	FA Innere Medizin und Nephrologie	27.11.13
Dr. med. Andrea Wolff	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	28.11.13
Dr. med. Ali Yahyazadeh	FA Allgemeine Chirurgie	28.11.13
Dr. med. Havva Yildirim	FA Innere Medizin	13.11.13

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

In Gedanken an Kurt Kochsiek

Ein Nachruf für einen Würzburger in der Berliner Ärztezeitung? Es gab schon einmal einen Würzburger, der auch als Arzt die Berliner Presse intensiv beschäftigte: Rudolf Virchow. Und der Mann, dem diese Zeile gewidmet sind, hat einiges mit Virchow gemeinsam. Zuerst, dass er wie Virchow kein gebürtiger Würzburger war, aber die Stadt seine geistige Heimat nannte; am wichtigsten aber, dass er sich wie Virchow zu den sozialen Pflichten des Arztberufes bekannt hat und sie nie hintan stellte. Obwohl Uni.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. Kurt Kochsiek (geb. 3. März 1930), anders als Virchow, nie unter der Fahne einer politischen Partei antrat, hatte er alle wesentlichen Ämter inne, in denen ein deutscher Arzt Politik gestalten kann. Es gab kaum eine wesentliche Institution oder ein bedeutsames Gremium im deutschen Gesundheitswesen und in der deutschen Wissenschaftslandschaft, in das Kurt Kochsiek nicht irgendwann berufen worden wäre. Trotzdem waren für ihn die Patienten das Wichtigste. Ein normaler Arbeitstag begann für ihn morgens um 7 Uhr mit der Visite, also mit seinen Patienten und seinen Mitarbeitern. Der Kontakt mit Menschen, das Gespräch, war für ihn das Herzstück seiner Profession.

Seine frühe Prägung hatte Kurt Kochsiek im elterlichen Arzthaushalt erhalten und die dort vorgelebte Nähe zum Menschen trotz aller späteren Prominenz und Berühmtheit nie abgelegt.

Nach dem Studium in Mainz, Göttingen, Zürich und Heidelberg erwarb er seine ersten wissenschaftlichen Meriten in Göttingen und habilitierte sich 1963 mit einer kardiologischen Arbeit, deren Prinzipien auch heute noch zum diagnostischen Rüstzeug der Kardiologie gehören. Von 1973 bis 1980 war er Ordinarius für Innere Medizin an der Universität Tübingen. 1980 nahm er den Ruf nach Würzburg an und fand dort seine Heimstatt als Arzt, Forscher und

Wissenschaftsmanager. Aus seiner Feder stammen mehr als 450 wissenschaftliche Publikationen und ein gutes Dutzend Fachbücher.

Der Medizinischen Fakultät Würzburg hielt er die Treue bis zu seiner Emeritierung 1998. Er war ein erfolgreicher Internist, forschender Kardiologe, Hochschullehrer, Klinikdirektor, Dekan, Ärztlicher Direktor, Leopoldina-Mitglied, aber auch ein Gestalter des deutschen Gesundheitswesens, ein gesundheitspolitischer Akteur. Schon als Vorsitzender des Wissenschaftsrates (1987 – 1989) erwarb er sich durch seinen analysierenden Sachverstand den Respekt der politischen Klasse. Den polternden Forderungen nach rigoroser Umgestaltung des Gesundheitswesens, egal, ob sie in bayerischer oder linksrheinischer Mundart vorgetragen wurden, setzte er feinsinnige skeptische Argumente entgegen, die zum Nachdenken anhielten und manche politische Eskapade verhinderten. Er mischte in der Gesundheitspolitik erfolgreich mit, er mischte sich ein, weil er gefragt und gebeten wurde.

Der Weitsicht, Beredsamkeit und Menschenkenntnis des damaligen Berliner Wissenschaftssenators Manfred Erhard war es zu danken, dass dieser nach der Wiedervereinigung Kurt Kochsiek dazu bringen konnte, das friedliche Würzburg zeitweise zu verlassen und in die völlig chaotische Wiedervereinigungsbaustelle „Berliner Universitätsklinik“ einzusteigen. Als Vorsitzender der übergeordneten Struktur-Berufungs-Kommission trug er mit Michael Arnold (Tübingen) und Klaus Peter (München) die Verantwortung für die personelle und strukturelle Erneuerung der Charité. Die damals von manchen geforderte Abwicklung stand für ihn niemals zur Diskussion. Er gehörte zu denen, die erkannt hatten, dass Sachkenntnis und ärztliche Ethik in den Köpfen vieler DDR-Ärzte der politischen Indoktrination widerstanden hat-



Foto: Univ. Würzburg

ten. Schon vor der Wiedervereinigung hatte er mit der Annahme der Berufung in die Leopoldina unter Beweis gestellt, dass er zwischen dem Staat DDR und den dort lebenden Menschen zu unterscheiden vermochte.

Die Charité verdankt Kurt Kochsiek viel. Sie hat ihm kein Denkmal gesetzt, aber einen Baum gepflanzt der seinen Namen trägt und gedeiht. Von Kurt Kochsiek war stets zu hören, dass er dieses auch der Charité wünscht.

Mit der Verleihung der Rinecker-Medaille im Jahre 2012 stellte die Universität Würzburg Kurt Kochsiek in eine Reihe mit Größen wie Robert Koch, Camillo Golgi und Emil von Behring. Mit ihm ist am 3. Dezember 2013 einer der wirklichen Grandseigneurs der deutschen Hochschullandschaft gegangen.

Professor Dr. med. Harald Mau

Heilen Ärzte?

Wie viele Patienten gehen eigentlich zum „Heil“-Praktiker, weil er so suggestiv heißt? Da müssen sie doch glauben, dass er heilt! Manche gehen auch zum „Heiler“, laut Lexikon eine „Person, der eingetretene Heilungen zugeschrieben werden, unabhängig davon, ob sie dafür verantwortlich ist.“ (Das trifft ja zum Glück auch auf Ärzte oft zu.)

Woher das Wort „Arzt“ kommt, weiß aber kein Mensch, von Philologen und Medizinhistorikern abgesehen. Eigentlich heißt der Arzt schon als solcher, frei übersetzt, „Oberarzt“, wie der Kellner „Oberkellner“ oder bloß „Herr Ober“. Denn „Arzt“ ist vom mittellateinischen „Archiater“ abgeleitet und der vom griechischen „archiatros“. Aber „iateros“ heißt ja schon alleine „Arzt“. Und mit dem Präfix „arch“ = deutsch „erz“ – werden laut Grimms Wörterbuch „zahlreiche schmeichelnde und zumal scheltende Ausdrücke“ gebildet, von Erzengel und Erzbischof bis Erzschorke.

Wenn der Arzt schon das Heil nicht im Namen hat, so ist wenigstens seine Aufgabe die Heilbehandlung. Aber im Sozialmedizin-Psychyrembel steht, in der GKV sei dies ein „veralteter Begriff für Krankenbehandlung“. Weil’s englisch schlicht „treatment“ heißt? Oder weil man auch hierzulande sich den britischen Realismus abguckt?

Denn was heißt heute schon „Heilung“? Es dominieren ja die chronischen, also im Grunde meist unheilbaren Krankheiten und Altersgebrechen. Aber der Uraltbau „Gesundheitswesen“ wurde für die Akutkrankheiten errichtet und nie grundlegend umgebaut. Da ist wenig Raum für die große Menge derer, die heute Hilfe brauchen. Die halten sie so einigermaßen im Gleichgewicht, und sie werden trotz Multimorbidität immer älter, dank ihrer Dauertherapie oder, altmodisch ausgedrückt, „Heilbehandlung“.

Aber sind sie geheilt, wenn sie Episoden ihrer chronischen Krankheit überstan-

den haben? Einen Herzinfarkt, einen hypoglykämischen Schock? Natürlich nicht. Bei chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislaufleiden oder Diabetes von Heilung zu sprechen, wäre Etikettenschwindel, meinen Sie? Da kennen Sie die Juristen schlecht. Die haben sich gerade in einer dickleibigen Denkschrift (s. Seite 34, „Wider den Wirrwar der Gesundheitsberufe“) mit der verworrenen Lage der Heil- und der anderen Gesundheitsberufe befasst – in Entwirrungsabsicht.

Und da liest man erstens, so ganz en passant auf Seite 271 „Kuration, also das Heilen, ist der zentrale Bereich des deutschen Gesundheitswesens“. Kuration heißt Behandeln (tractatio), aber auch Heilen (curatio) bei den Lateinern. Hier aber wird Behandeln ganz einfach mit Heilen gleichgesetzt. Schön wär’s ja. Aber das Bundesverfassungsgericht definiert die Sache genauso: in seinem „Altenpflege-Urteil“ vom 29.10.2002 (Az BvG 1/01).

Danach dient die Ausübung von Heilkunde „nicht nur der Heilung im engeren Sinne, sondern auch der Linderung körperlicher Defekte, mithin schon einer Situationsverbesserung. Die Tätigkeiten in der ‚Heilkunde‘ erstrecken sich auch auf Leiden und Körperschäden, also auf Störungen der normalen Beschaffenheit oder Tätigkeit des Körpers, die nicht geheilt werden können.“

Hier fällt auf, wie ausschließlich körperbetont die Juristen denken. Nun ja, es geht hier um Altenpflegerinnen und darum, dass sie „heilen“ im Sinne der Denkschrift, also zu den Heil- oder



Heilhilfsberufen gehören. Aber schließlich haben auch sie ja nicht bloß mit Körperschäden, sondern auch mit „Seelenschäden“ zu tun – und gerade sie, bei den vielen Altersdepressionen, sind häufig. Noch ein paar Sätze im Wortlaut des Urteilstextes:

„Unter ‚Leiden‘ werden ‚lang anhaltende, häufig kaum oder gar nicht mehr therapeutisch beeinflussbare Funktionsstörungen‘ verstanden, unter ‚Körperschäden‘ die ‚grundsätzlich irreparablen, nicht krankhaften Veränderungen des Zustandes oder der Funktion des Körpers‘“ ... (Die Zitate im Zitat hat das Gericht aus anderen Quellen.) Und all das gilt als Heilen, aber zugleich als Lindern. Dann wäre also die gesamte Behandlung von chronischen Krankheiten, Behinderungen und Altersleiden Palliativmedizin und Heilen zugleich. Sagen Sie das mal Ihren Kindern oder anderen jungen Leuten, die ein Medizinstudium anstreben, weil sie „Kranke heilen“ wollen. Von wem ist doch dieses kluge Wort:

„Selten heilen, oft lindern, immer trösten.“

Wenn man das jedem Studienanwärter, Medizinstudenten und auch ihren Auszubildern übers Bett hängen würde, hätten wir in der Gesellschaft des immer längeren Lebens nicht so viele Ärzte, die besser mit Mikroskop und weißen Mäusen umgehen können als mit Menschen.

Rosemarie Stein

BERLINER ÄRZTE

2/2014 51. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl.-Jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Michaela Peeters, M. A.
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)

Redaktionsbeirat:

Dr. med. Svea Keller
Univ. Prof. Dr. Harald Mau
Dr. med. Bernd Müller
Dr. med. Gabriela Stempor
Julian Veelken
Dr. med. Thomas Werner
Dr. med. Elmar Wille

Anschrift der Redaktion:

Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelbild: Sehstern, Gemäldefoto: Koller Auktionen, Zürich CH
Fotolia: weseetheworld / fotolia.com, mrjpeg / fotolia.com,
sorcerern1 / fotolia.com, Otto Durst / fotolia.com,
westfotos.de/ fotolia.com, tiptoe/ fotolia.com,
scenery1/ fotolia.com

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

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-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 € 82,50 inkl. Versandkosten, Patenschaftsabo Berlin-Brandenburg € 55,60 inkl. Versandkosten, im Ausland € 82,50 (zzgl. Porto). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 2 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 5,65 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste 2014 vom 01.01.2014.

ISSN: 0939-5784