



Interdisziplinäre Teams sind Trumpf: ASV

Der neue ambulanz-stationäre
Versorgungsbereich



„Ringvorlesung Medizinethik“ – ein neues öffentliches Forum an der Charité



Foto: Malcev

PD Dr. med. Pascal Grosse

ist Mitarbeiter der Klinik für Neurologie und des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Im laufenden Sommersemester 2014 hat erstmalig die Ringvorlesung ‚Medizinethik‘ mit fünf Veranstaltungen an der Charité stattgefunden. Es handelt sich bei dieser Veranstaltungsserie zwar um eine reguläre Unterrichtsveranstaltung für die Studierenden des 7. Semesters im Modellstudiengang Medizin, die Organisatoren möchten allerdings durch den Zuschnitt der Vorlesungen eine brei-

te Öffentlichkeit inner- und außerhalb der Charité ansprechen und einladen. Unter dem Untertitel „ethische Herausforderungen für die Medizin im 21. Jahrhundert“ soll in der Charité ein neues, öffentliches und lebendiges Forum für grundsätzliche und aktuelle medizinethische Themen geschaffen werden. Um der Idee des öffentlichen Forums gerecht zu werden, kommen nicht allein die Ver-

treter der grundlagenmedizinischen, klinischen und humanwissenschaftlichen Fächer an der Charité zu Wort; die Ringvorlesung erhält ihr spezifisches Profil vielmehr dadurch, dass Vortragende aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens und Repräsentanten unterschiedlicher gesellschaftlicher Gruppen zusammen mit dem Kollegium der Charité ihre Sichtweisen auf die gesamte Breite medizinethischer Themen vortragen (im Jahr 2014 sind u.a. die Ärztekammer Berlin, Vertreter mehrerer Religionsgemeinschaften, die Bundesärztekammer, der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller, das Robert-Koch-Institut, eine Afrika-Historikerin und die Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit beteiligt). Die Auswahl der Leitthemen – Anfang des Lebens, der tote Mensch, seltene Erkrankungen, Behinderung, Qualitätssicherung, Fehlerkultur, „Normalität“ und Normierung in der Medizin, soziale Ungleichheit, Global Health, Menschenrechte – trägt neueren Entwicklungen in Theorie und Praxis der Medizin Rechnung. In den einzelnen medizinischen Fächern und Sektoren des Gesundheitssystems erfahren diese übergeordneten Themen dann eine eigene inhaltliche Ausgestaltung und Spezifizierung. Insgesamt möchte die neue Vorlesungsreihe keine fertigen Antworten vermitteln, sondern zeitgemäße Fragen aufwerfen und diejenigen Koordinaten identifizieren, die unter den Prämissen einer Verantwortungsethik ethisches Handeln in den vielfältigen Verflechtungen von Medizin, Gesellschaft und Kultur aus gegenwärtiger und historischer Perspektive anleiten. Wir laden Sie herzlich ein an diesem Prozess teilzunehmen.

P. Grosse



Termine im kommenden Wintersemester:

17.10., 24.10., 31.10., 14.10., 21.10.2014 – Die Themen werden in einer der nächsten Ausgabe von BERLINER ÄRZTE bekannt gegeben.
Uhrzeit: 14.15 - 15.45 Uhr, Ort: Kopsch-Hörsaal im Institut für Anatomie, Philipp-Straße 12, Charité, Campus-Mitte
Anfragen an: pascal.grosse@charite.de

Hertha-Nathorff-Preis 2014

Drei Masterarbeiten zu aktuellen Public-Health-Themen ausgezeichnet

Zum 19. Mal in Folge würdigte die Ärztekammer Berlin die drei besten Berliner Masterarbeiten der postgraduierten Studiengänge Public Health der Berlin School of Public Health an der Charité mit dem renommierten Hertha-Nathorff-Preis. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, lobte bei der Verleihung am 8. Mai auf dem Campus Virchow-Klinikum der Charité die hohe Relevanz und die breite Methodenvielfalt der ausgezeichneten Masterarbeiten. „Public Health heißt, sich um Probleme kümmern, auch wenn die Probleme nie aufhören“, so Jonitz.

Von Michaela Peeters



Kammerpräsident Günther Jonitz, Andrea E. Wolf, Tanja Cohrs, K. A. Zafar Hakkim (v. li.).

Alle drei Arbeiten greifen hochaktuelle Public-Health-Themen auf, die im klassischen Sinne Fragen nach dem Zusammenhang von Lebensraum und Gesundheit stellen. Beachtenswert ist dabei die breite Themenvielfalt und interessant der Perspektivenwechsel. Während die mit dem 1. Preis ausgezeichnete Arbeit den Blick nach Ghana und Kenia richtet und die existenzielle Frage aufwirft, welche Umstände zu Unter- und Mangelernährung bei Kindern führen, widmet sich die mit dem 2. Preis prämierte Arbeit der modernen Leistungswelt eines Studierenden in Deutschland und den Auslösern und Folgen von Burnout. Der 3. Preis geht an eine Arbeit, die gängige Medikationspraktiken am Beispiel des erhöhten Einsatzes von Protonenpumpenhemmern und den Zusammenhang der dadurch vermehrt auftretenden Osteoporose bedingten Erkrankungen hinterfragt.

Bereits seit 1995 würdigt die Ärztekammer Berlin jährlich die besten Berliner Masterarbeiten im Bereich Public Health. Eine unabhängige, von der Ärztekammer Berlin

berufene Jury wählte die besten aus 24 höchstbenoteten Masterarbeiten von Absolventen der gesundheitswissenschaftlichen Aufbaustudiengänge der Berlin School of Public Health an der Charité und des Studiengangs „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung“ der FU Berlin aus. Der mit insgesamt 2.500 Euro dotierte Preis ist nach der jüdischen Ärztin Hertha Nathorff benannt, die in den 30er Jahren von den Nationalsozialisten verfolgt wurde und in die USA emigrierte.

Die Preisträger

1. Preis

Der mit 1.250 € dotierte 1. Preis geht an Tanja Cohrs für ihre Arbeit mit dem Titel: „Analyzing Selected Determinants of Child Malnutrition – A Country Comparison between Ghana and Kenya“. Ihre Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Unter- und Mangelernährung bei Kindern und deren Auswirkungen in wirtschaftlich strukturschwachen Ländern, aufgezeigt an den

Ländern Ghana und Kenia. Tanja Cohrs weist nach, dass Ernährungspraktiken sozial und kulturell determiniert sind und sich auch der Bildungsgrad der Mutter ungünstig auswirken kann. Wie sehr Unterernährung bei Kindern eine multisektorale Herausforderung darstellt und nicht nur Interventionen im Bereich Gesundheit erfordert und mit gesamtgesellschaftlichen Public-Health-Strategien bekämpft werden kann, ist ein zentrales Ergebnis ihrer Arbeit.

2. Preis

Andrea Elsbeth Wolf wurde für ihre Arbeit mit dem Titel „Prädiktoren für die Entstehung von Burnout bei Studierenden“ mit dem 2. Preis (750 €) ausgezeichnet. Ihr Interesse gilt der Genese psychosozialer Erkrankungen, insbesondere dem Auftreten von Burnout unter den gegenwärtigen Studienbedingungen, die sich im Zuge des Bologna-Prozesses verändert haben. Welche Faktoren nehmen Einfluss auf die Entstehung von Burnout bei Studierenden, wie wirken sich erhöhte Anforderungen im Studium und Leistungsdruck auf die Gesundheit der Studierenden aus, dies sind zentrale Fragen der Arbeit von Andrea Wolf. Damit wird hier ein klassisches Public-Health-Thema behandelt, das die geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit einer Gesellschaft hinterfragt.

3. Preis

Den 3. Preis (500 €) erhält die Arbeit mit dem Titel „The Effect of Long Term Consumption of Proton Pump Inhibitors and Development of Osteoporosis“ von K. A. Zafar Hakkim. Die Arbeit widmet sich der Zunahme Osteoporose bedingter Erkrankungen als Folge erhöhter Verschreibungen und Einnahme von Protonenpumpenhemmern, eines der meistverkauften Medikamente weltweit. Hakkim hat vermeidbare Risiken der Osteoporose identifiziert und die Notwendigkeit eines reduzierten Gebrauchs dieser Medikamente herausgestellt. Auf methodologisch gründliche Weise weist Hakkim nach, welche Strategien zukünftig zu einem besseren Erhalt der Gesundheit von Frauen und Männern weltweit führen könnten.



TITELTHEMA

Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung – Alles auf Anfang

Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) siedelt an der Grenze zwischen ambulant und stationär. Was bringt der neue Versorgungsbereich?

Von Angela Mißlbeck.....14

„Die ASV lebt vom Mitmachen“

Interview mit Dr. Regina Klakow-Franck.....17

GASTKOMMENTAR.....

„Ringvorlesung Medizinethik“ – ein neues öffentliches Forum an der Charité
Von Pascal Grosse.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE
Knowlesi – Malaria und mehr...
Informationen des Instituts für Tropenmedizin.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Hertha-Nathorff-Preis 2014: Drei Masterarbeiten zu aktuellen Public-Health-Themen ausgezeichnet
Von Michaela Peeters.....4

Im Visier: kardiovaskuläres Risiko statt Cholesterinwerte
BERLINER ÄRZTE in Kooperation mit dem British Medical Journal.....20

Peer Reviews in Einrichtungen der Patientenversorgung

Bundesärztekammer veröffentlicht praxisorientierten Leitfaden zur Entwicklung von Peer Review-Verfahren
Von Henning Schaefer.....22

Messe & Berufsschule – Ärztekammer präsentiert Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r
Von Christoph Röhrig.....23

Irren ist ärztlich – draus lernen auch
Patientensicherheit jetzt auch Thema des Krankenhaus-Reports
Von Rosemarie Stein.....26

Chirurgie auf dem langen Weg zur Evidenz
Von Rosemarie Stein.....29

FORTBILDUNG.....

Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....24

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall.....34

Patientensicherheit und Arzthaftung – eine neue Fortbildung der Ärztekammer Berlin.....36

PERSONALIEN.....

Bestandene Facharztprüfungen März/April 2014.....32

BUCHBESPRECHUNG.....

Michael Tsokos, Saskia Guddat: Deutschland misshandelt seine Kinder
Rezension von Matthias Brockstedt.....35

FEUILLETON.....

Verweil-Dauerirritationen „Krankenhaus-Report“ einer Patientin
Von Rosemarie Stein.....37

Massive Kritik am Mammographie-Screening

Mammographie-Screening-Programme sollen gestoppt werden, empfiehlt das Swiss Medical Board, ein Schweizer Expertengremium aus Medizin, Ethik, Recht und Ökonomie, in einer aktuellen Ausgabe des führenden Wissenschaftsjournals *The New England Journal of Medicine*. Eine überfällige Aufforderung sei dies, eine ernsthafte öffentliche Diskussion zu beginnen, so kommentieren Ingrid Mühlhauser und Gabriele Meyer vom Deutschen Netzwerk für evidenzbasierte Medizin e.V.

(DNEbM). Zu beunruhigend seien die wissenschaftlichen Ergebnisse aus den letzten Jahren, die einen Nutzen des Mammographie-Screenings in Frage stellen und den bisher unterschätzten Schaden des Screenings deutlich machen. Auch der Hauptredner der gut besuchten Jahrestagung des DNEbM, Peter Götzsche, forderte in seinem Plenarvortrag „Why Mammography screening should be stopped“ ein Ende des Mammographie-Screenings. Der Schaden an gesunden Frau-

en durch Überdiagnosen und Übertherapien sei nicht länger hinnehmbar. Vertreter der Medien und politischer Gremien waren bei der Tagung in Halle (Saale) präsent: „Aber richtiges Medienecho oder Reaktionen auf politischer Seite seien bisher ausgeblieben“, konstatiert die DNEbM-Vorsitzende Gabriele Meyer.

Die Informationsprozesse im deutschen Screening-Programm seien nicht geeignet, den Frauen informierte Entscheidungen zu

ermöglichen. Immer noch würden die rosa Schleifen die Meinungsbildung dominieren anstatt ausgewogene und verständliche Information, resümierte Gerd Gigerenzer, Leiter des Max-Planck Instituts für Bildungsforschung in Berlin, kürzlich im *British Medical Journal*. Er fordert daher Frauen und Frauenorganisationen auf, die rosa Schleifen zu zerreißen und stattdessen sich in Kampagnen für ehrliche Informationen zum Mammographie-Screening einzusetzen.

Schwangeren-Vorsorge

Ehrenamtliche Mitarbeiter gesucht

Das Erich Saling-Institut für Perinatale Medizin e.V. sucht ehrenamtliche ärztliche Mitarbeiter. Das gemeinnützige Institut ist eine Einrichtung zur Verbesserung der Schwangeren-Vorsorge und dient vorrangig als überregionales Beratungszentrum zur Vermeidung von Frühgeburten.

Da das Institut nicht öffentlich gefördert wird und die laufende Arbeit durch Spenden nicht genügend finanziert ist, kann die Tätigkeit nur ehrenamtlich erfolgen. Gedacht ist u. a. an Kolleginnen und Kollegen im Ruhestand, die fachlich gerne noch aktiv bleiben möchten.

Die Spanne der Mitwirkung reicht von wissenschaftlicher und beratender Tätigkeit bis zur Mitarbeit im Büro- und im administrativen Bereich. Computer- und Englischkenntnisse sind erwünscht, aber keine Voraussetzung. Außerdem werden personelle Unterstützung, um die dem Institut angeschlossene Erich Saling-Stiftung weiter auszubauen, gesucht.

Interessenten wenden sich bitte an:

Prof. Dr. med. Erich Saling
Institut für Perinatale
Medizin e.V.
Rudower Str. 48
12351 Berlin (Neukölln)
Tel: +49-(0)30-13014-8336/5
Fax: +49-(0)30-625 40 87
prof@saling-institut.de
www.saling-institut.de

Leserbriefe

Leserbrief zum BERLINER ÄRZTE 4/2014 Titelthema „Honorarärzte – Liberté toujours?“

Ich finde, dass Sie die Problematik des Honorararztwesens gut ausgeleuchtet haben. Trotzdem möchte ich auch noch etwas hinzufügen. Die Position von Prof. Dr. Mau empfinde ich als herabwürdigend, um nicht gar zu sagen beleidigend. Dies sei ihm teils nachzusehen, da er mit seinem Blickwinkel aus den Höhen des Leuchtturms der Wissenschaft die ärztlichen Tätigkeiten und die Bedeutung der Honorarärzte in der Realität wahrscheinlich kaum mehr erkennen kann. Wenn man es gewohnt ist, seine Leistungen stundenweise in Privatsprechstunden feilzubieten, verliert man möglicherweise den Bezug zu den gesellschaftlichen Wandlungen und entwickelt auch kein Verständnis für Veränderungen des Arztberufes. (...) Aber auch Kinderchirurgen wollen heutzutage nicht nur abends anderer Leute Kinder visitieren, sondern auch den eigenen Kindern einen Gute-Nacht-Kuss geben können. Für Honorarärzte steht auch in der Freiberuflichkeit der Patient im Mittelpunkt ihrer Tätigkeit. Der

monetäre Anreiz ist nicht entscheidend, sonst wären sie Investmentbanker geworden. Die Selbstbestimmtheit in der ärztlichen Tätigkeit und deren Umfang ist die größte Motivation freiberuflich zu arbeiten. Ich persönlich könnte mindestens 10 universitär ausgebildete Fachärzte aufzählen, die im leistungsstärksten Lebensalter ihre Qualitäten als Honorarärzte in teilweise desolate Krankenhausstrukturen bringen. Dies geschieht auch als Flucht vor den immer noch herrschenden anachronistischen Zuständen in den Kliniken. Ich persönlich habe in meiner Zeit als Honorararzt Abteilungen kennengelernt, in denen ich der Einzige war, der Weiterbildungsassistenten ausgebildet hat, Qualitätsstandards der Kliniken eingehalten hat (z. B. Checklisten, Hygiene) und Vorgaben der Fachgesellschaften erfüllt hat (z. B. Kapnometrie bei Narkoseeinleitung). Sich gegen mindere Qualitätsstandards zu behaupten, erfordert eine starke Persönlichkeit. (...) Ich habe überwiegend gute Erfahrungen mit anderen Honorarärzten gewonnen.

In der Abteilung, in der ich angestellt bin, wurden alleine zwei davon als Oberärzte rekrutiert. Wer keine guten Leistungen erbringt, wird nicht mehr gebucht. So einfach ist das. Dies führt zu hoher Qualität bei der Patientenversorgung. Außerdem stehen die Kliniken in Konkurrenz zueinander um die besten Ärzte. Aus diesen Grund ist der Honorararzt keine gesundheitspolitische Mangelgeburt, sondern der richtige Weg, um nach den MB-Tarifverträgen die Arbeitsbedingungen für Ärzte in Krankenhäusern zu verbessern.

Dr. Joachim Unger
Berlin



Leserbrief zum BERLINER ÄRZTE 5/2014 Kommentar im Rahmen des Titelthemas „Zwischen Markt und Mensch – Veränderungen im deutschen Krankenhauswesen“ von Julian Veelken

Sehr geehrter Herr Veelken, mit Freude und viel Zustimmung habe ich Ihren Text gelesen, da ich mich selbst mit dem Thema intensiv auseinandersetze und viele meiner Gedanken in Ihren Zeilen wiedergefunden habe. Ich würde mich freuen, wenn dieses Thema weiter in die Öffentlichkeit dringt und präsent bleiben würde, um die systematischen Probleme des Gesundheitssystems aufzuzeigen. Je mehr die Gesellschaft und letztendlich der Kunde „Patient“ um die Schwierigkeiten und Missstände weiß, desto mehr Verständnis kann etabliert werden. Ich möchte Sie daher ermuntern, weiter zu diesem Thema zu schreiben.

Dr. Jan Deichmann
Berlin

ANZEIGE

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum Spandau Dr. med. Winfried Ruf ist seit dem 1. Mai 2014 Chefarzt für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Vivantes Klinikum Spandau. Er tritt die Nachfolge von Dr. med. Klaus-Jürgen Slama an, der in den Ruhestand geht. Bevor Dr. Ruf zu Vivantes wechselte, war er geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin an der Charité Universitätsklinik Campus Benjamin Franklin und über viele Jahre Leiter des dortigen Weiterbildungsprogramms.

Charité – Universitätsmedizin Berlin Prof. Dr. med. Johann Pratschke übernimmt zum 1. Juni 2014 die Leitung der Klinik für Allgemein-, Visceral- Transplantationschirurgie der Charité - Universitätsmedizin Berlin. Mit dieser Position ist die Leitung und Neustrukturierung der Chirurgischen Kliniken am Campus Virchow-Klinikum und am Campus Charité Mitte verbunden. Der 49-jährige Chirurg kehrt damit nach fünf Jahren in Österreich als Direktor der Klinik für Visceral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie der Medizinischen Universität Innsbruck zurück nach Berlin. Prof. Pratschke wird die Nachfolge von Prof. Dr. med. Peter Neuhaus antreten, der in diesem Jahr in den Ruhestand geht.

Charité und DHZB Prof. Dr. med. Volkmar Falk, Direktor der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie des UniversitätsSpitals Zürich, hat den Ruf auf die Professur für Kardiochirurgie an der Charité angenommen. Zugleich wurde er vom Stiftungsrat des Deutschen Herzzentrums Berlin zum Ärztlichen Direktor und Direktor der Klinik für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie des DHZB bestellt. Prof. Dr. Falk tritt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Roland Hetzer, der in den Ruhestand verabschiedet wird, zum 1. Oktober 2014 an.

Vivantes Klinikum Neukölln Seit dem 1. Mai 2014 leitet PD Dr. med. Dietmar Schlembach das Mutter-Kind-Zentrum, die Praxis für Pränatale Diagnostik im Medizinischen Versorgungszentrum und das Zentrum für Diabetes und Schwangerschaft am Vivantes Klinikum Neukölln. Dr. Schlembach war zuletzt als Professor für Pränatale Diagnostik und Fetale Physiologie Leiter der Geburtshilflichen Ambulanz und stellvertretender Direktor der Abteilung Geburtshilfe an der Universitätsfrauenklinik Jena der Friedrich Schiller Universität Jena. Zuvor wurde die Klinik für Geburtsmedizin kommissarisch von Dr. med. Babett Ramsauer geleitet.

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

Einblicke in die Welt der Krankenhausfinanzierung

Mit einer Informationsveranstaltung in der Ärztekammer Berlin hat der Marburger Bund versucht, interessierten Ärztinnen und Ärzten die hochkomplexe Welt der Krankenhausfinanzierung näher zu bringen. Zunächst erläuterte Sabine Renzewitz, Leiterin des Referats Krankenhauspolitik beim MB-Bundesverband, die rechtlichen Hintergründe der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. Während die Grundlagen wie die duale Finanzierung der Kliniken (Investitions- und Betriebskostenfinanzierung) den meisten noch geläufig gewesen sein dürften, waren Begriffe wie „Investitionsbewertungsrelationen“ und „Investitionsfallwert“ schon erklärungsbedürftiger. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz (Foto: li.) ging anschließend auf die politische

Dimension der Fallpauschalen-Einführung vor zehn Jahren ein. „Ich bin bei diesem Thema nicht neutral“, schickte er seinem Vortrag voraus und erläuterte, welche Ziele der Gesetzgeber mit der DRG-Einführung verfolgte. Neben vordergründig genannten wie Stabilisierung der Kassenbeiträge (was bekanntermaßen nicht funktioniert hat), habe es eine „Hidden Agenda“ gegeben: Verringerung von Krankenhauskapazitäten und Einstieg in die monistische Finanzierung (Krankenhäuser zahlen mit DRG-Erlösen Maßnahmen wie Reparaturen, neue Geräte oder Neubauten). Jonitz betonte, dass alle negativen Folgen – allen voran die Verschlechterung der Patientenversorgung – eingetroffen seien, vor denen die Ärztekammer Berlin vor DRG-Einführung



gewarnt hatte. „Die Politik kann nicht sagen, sie hätte es nicht gewusst“, erklärte der Kammerpräsident. Dr. Matthias Albrecht (z. v. li.), Geschäftsführer des Ev. Krankenhauses Hubertus Berlin, sagte, er wolle DRG nicht gänzlich verdammen. Er zeigte sich überzeugt, dass jedes Finanzierungsmodell Fehlanreize biete, die nach einer bestimmten Zeit von den Betroffenen ausgenutzt würden. Albrecht machte deutlich, unter welchem Druck er als Klinikleiter stehe. Eine weitere Verdichtung

der Arbeit in den Kliniken sei inzwischen kaum noch möglich. Es müsse jetzt darum gehen, mit intelligenten Arbeitsmodellen die Leistungsanforderungen und gleichzeitig die Wünsche der Patienten zu erfüllen. In der anschließenden Diskussion gab es eine Reihe von Detailfragen. Jonitz forderte die Teilnehmer abschließend auf, sich nicht dem bestehenden System widerstandslos hinzugeben, sondern sich vielmehr in die politische Diskussion einzubringen. *srd*

*Naproxen***Kein überlegenes Sicherheitsprofil**

Über das Ausmaß gastrointestinaler und kardiovaskulärer unerwünschter Wirkungen (UAW) einzelner nicht-steroidaler Antiphlogistika (NSAID) wird schon länger gestritten. Dabei besteht bei manchen Studien und Aussagen der Verdacht nicht völliger Unabhängigkeit.

Nun wurde Naproxen (Generika) von einem Ausschuss der FDA erneut untersucht. Die Mitglieder kamen zum Schluss, dass bezüglich kardiovaskulärer Ereignisse dieses NSAID nicht mehr Sicherheit bietet als andere dieser Stoffklasse. Zusätzlich scheint die Einnahme von Naproxen mit einem erhöhten Risiko oberer gastrointestinaler Komplikationen einherzugehen.

Es bleibt weiterhin zu vermuten, dass bei Auftreten von UAW dieser Arzneistoffe eine individuelle Empfindlichkeit der Patienten die Hauptrolle spielt – neben der täglichen Dosis und der Dauer der Einnahme.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2014; 154 (9): 28

*Orales Glukosamin***Keine Evidenz als „Chondroprotektivum“**

Der Aminosucker Glukosamin (verschiedene Generika) wird in Deutschland immer noch als Chondroprotektivum vertrieben, obwohl viele randomisierte Studien keinen überzeugenden Nachweis für eine Regeneration des Gelenkknorpels erbringen konnten. 2014 scheiterte eine neue Studie zu diesem Aminosucker (täglich 1500 mg) als „Knorpelschutz“. Es scheint an der Zeit, von Verordnungen dieses Pseudoplacebos abzusehen.

Quelle: www.aerzteblatt.de/Nachrichten/23217

*Nasensprays***Cave Reinfektion**

Bei chronischer Rhinosinusitis (Dauer über 3 Monate) werden u. a. Nasensprays mit Glukokortikoiden oder abschwellenden Lö-

sungen empfohlen. Nach einer australischen Studie ist dabei die Gefahr einer Reinfektion aufgrund einer Keimbeseidlung an der Düsenspitze bei 20 % der Patienten hoch (Staph. aureus ist möglicherweise beteiligt an der Entstehung einer chronischen Rhinosinusitis). Zum korrekten Umgang bei nasaler Applikation sollte beachtet werden z.B.

- Mehrdosenbehältnisse nur von einer Person benutzen,
- Sprühflasche nur maximal einen halben Zentimeter in die Nase einführen, dabei die Schleimhäute möglichst nicht berühren,
- Tropfpipetten mit zusammengedrücktem Saughütchen von der Nasenöffnung wegziehen und vor Zurückstecken in die Flasche vollständig entleeren,
- Applikator oder Pipette nach der Anwendung mindestens abwischen, besser mit heißem Wasser abwaschen.

Quelle: Dtsch. Apo. Ztg. 2014; 154 (6): 32-3

*Tetrazepam***Alternativen**

Nach dem Ruhen der Zulassung von Tetrazepam (Generika) im August 2013 stellte sich die Frage nach geeigneten Alternativen. Alle zentral wirksamen Muskelrelaxantien wie Baclofen (Lioresal®), Tolperison (Mydocalm®), Methocarbamol (DoloVisano®), Orphenadrin (Norflex®), Pyridinol (Myoson®), Tizanidin (Sirdalud®) und Diazepam (Generika) haben jedoch ein unklares Nutzen-Risiko-Verhältnis und wirken überwiegend sedierend. Vorteile gegenüber der alleinigen Gabe von NSAID finden sich nicht. Die Bedeutung nichtmedikamentöser Maßnahmen sollte daher herausgestellt werden.

Quelle: KVBW Verordnungsforum 28, okt. 2013, S. 9

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

**Dr. Günter Hopf,
Ärztammer Nordrhein,
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf,
Tel. 0211 4302-2272**

Knowlesi-Malaria und mehr...

Seit erstmals 2012 sind vereinzelte Einschleppungen von *Plasmodium knowlesi*-Infektionen (Knowlesi-Malaria, Affenmalaria) nach Deutschland beschrieben worden. *Plasmodium knowlesi* ist die fünfte humanpathogene Malariaspezies, ihr Vorkommen ist auf Südostasien begrenzt, wo Affen ein Erregerreservoir bilden. Klinisch bedeutsam ist die Möglichkeit tödlicher Verläufe und der kurze Lebenszyklus im Blut von 24 Stunden. Mikroskopisch ist *P. knowlesi* nicht eindeutig zu differenzieren, Malaria-Schnelltests sind oft falsch negativ. Die Verdachtsdiagnose sollte daher durch eine PCR gesichert werden. Die Empfehlungen zum therapeutischen Vorgehen entsprechen denen zur Behandlung einer Malaria tropica durch *P. falciparum*. „Outdoor“-Touristen mit Aktivitäten in bewaldeten Regionen Südostasiens, dem Habitat der *P. knowlesi*-infizierten Affenarten, sind auf das Risiko hinzuweisen.

Für die Verschreibung von Mefloquin (Lariam®) zur Malariaprophylaxe gibt es seit dem „Rote-Hand-Brief“ des Herstellers vom September 2013 spezielle Vorschriften: Verschreibung und Doku-

Institut für Tropenmedizin
und Internationale Gesundheit Berlin



mentation sind anhand einer Checkliste durchzuführen, dem Reisenden ist ein Patientenpass auszuhändigen, in dem die prophylaktische Einnahme von Mefloquin und die Adresse des im Notfall zu benachrichtigenden Arztes einzutragen sind. Grund für die Maßnahmen sind Neubewertungen der Nebenwirkungen und Kontraindikationen wegen unter Mefloquin beobachteter neuropsychiatrischer Störungen. Checkliste und Patientenpass sind unter www.lariam.de abrufbar. Die Bedeutung von Mefloquin in der Malariaprophylaxe hat wegen der Verfügbarkeit besser verträglicher Mittel stark abgenommen.

In den Jahren 2012 und 2013 wurden jeweils rund 550 importierte Malariafälle in Deutschland registriert, 2012 gab es 4 Todesfälle. Bei den Todesfällen handelt es sich fast ausschließlich um Personen, die in Hochrisikogebieten Afrikas keine

medikamentöse Malariaprophylaxe betrieben haben. Die häufigsten Gründe für den Verzicht auf vorbeugende Malaria-medikamente sind die Nicht-Wahrnehmung des Risikos und die Angst vor schädlichen Nebenwirkungen. Mangelndes Risiko-Bewusstsein findet sich häufig bei „erfahrenen“ Vielreisenden und bei in Deutschland lebenden Afrikanern, die zu Verwandtenbesuchen in die Heimat reisen. Die Angst vor schädlichen Nebenwirkungen ist eine bei allen Reisenden zu findende und – siehe Mefloquin – durchaus nicht unbegründete Sorge. Die fast immer vermeidbar gewesenen, mitunter schweren Malariaerkrankungen und insbesondere die Todesfälle unterstreichen aber eindrucklich die Notwendigkeit tropen- oder reisemedizinischer Beratung mit dem sorgfältigen Abwägen aller Risiken vor Reiseantritt.

Dr. Sebastian Dieckmann
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Institut für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit Berlin
Spandauer Damm 130
14050 Berlin
www.charite.de/tropenmedizin

Wahl zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin



Der Wahlausschuss gibt Folgendes bekannt:

1. WAHLZEITRAUM

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin hat gemäß § 6 der Wahlordnung (WahlO) den Wahlzeitraum für die Wahl zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin auf die Zeit

vom 15. Oktober 2014 bis zum 5. Dezember 2014, 18:00 Uhr

festgelegt.

2. WÄHLERLISTE

Die Wählerliste liegt vom

28. Juli 2014 bis einschließlich 1. August 2014

in der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin aus. Sie kann von den Kammerangehörigen oder deren Bevollmächtigten montags bis freitags von 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr, mittwochs zusätzlich bis 19:30 Uhr, eingesehen werden.

Wahlberechtigt sind die Kammerangehörigen, soweit sie nicht nach § 8 Abs. 2 des Berliner

Kammergesetzes (BerlKG) vom Wahlrecht ausgeschlossen sind (§ 4 Abs. 1 WahlO). Ein Wahlberechtigter kann von seinem Wahlrecht nur Gebrauch machen, wenn er in die Wählerliste eingetragen ist (§ 4 Abs. 2 WahlO). Wählbar als Delegierte sind die wahlberechtigten Kammerangehörigen (§ 5 WahlO).

Einsprüche gegen den Inhalt der Wählerliste können

bis einschließlich 8. August 2014

schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle der Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin, eingelegt werden.

Der Einspruch ist zu begründen. Soweit behauptete Tatsachen nicht offenkundig sind, sind die erforderlichen Beweismittel beizufügen.

3. WAHLVORSCHLÄGE

Der Wahlausschuss fordert hiermit zur Einreichung von Wahlvorschlägen auf. Diese müssen

bis zum 15. August 2014, 18:00 Uhr

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

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

Ein Wahlvorschlag kann mit einem Kennwort (bzw. Listenbezeichnung) gekennzeichnet werden. Das Kennwort (bzw. die

Listenbezeichnung) kann aus mehreren Wörtern bestehen. Der Wahlausschuss kann ein Kennwort (bzw. eine Listenbezeichnung) zurückweisen, das (bzw. die) Strafgesetze verletzt oder keine hinreichende Unterscheidungskraft besitzt. Gehen mehrere Wahlvorschläge unter dem gleichen Kennwort (bzw. unter der gleichen Listenbezeichnung) ein, so gilt das Kennwort (bzw. die Listenbezeichnung) für den zeitlich früher eingehenden Wahlvorschlag. Zivilrechtliche Bestimmungen über den Schutz von Namen und Zeichen bleiben unberührt.

Mit einem Wahlvorschlag können beliebig viele Bewerber vorgeschlagen werden. Jeder Wahlvorschlag muss jedoch mindestens fünf Bewerber enthalten. Die Bewerber müssen mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad, Tätigkeitsmerkmal und Tätigkeitsort oder Wohnsitz laufend nummeriert aufgeführt werden. Die Bewerber müssen nach der Wahlordnung und nach den Bestimmungen des Berliner Kammergesetzes wählbar sein. Wählbar sind die wahlberechtigten Kammerangehörigen. Nicht wählbar ist, wer nach § 8 BerlKG vom aktiven Wahlrecht ausgeschlossen ist oder wer infolge Richterspruchs die Wählbarkeit, die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter oder das passive Kammerwahlrecht nicht besitzt (§ 9 Abs. 2 BerlKG). Vom aktiven Wahlrecht ist ausgeschlossen, wer infolge Richterspruchs das Recht, in öffentlichen Angelegenheiten zu wählen oder zu stimmen, oder infolge berufsgerichtlicher Verurteilung das aktive Kammerwahlrecht nicht besitzt (§ 8 Abs. 2 Nr. 1 BerlKG), wem zur Besorgung aller seiner

Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt worden ist – dies gilt auch, wenn der Aufgabenkreis des Betreuers die in § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst (§ 8 Abs. 2 Nr. 2 BerlKG) – und wer aufgrund einer Anordnung nach § 63 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht ist, wenn die Unterbringung auf der Feststellung der Schuldunfähigkeit nach § 20 des Strafgesetzbuches beruht (§ 8 Abs. 2 Nr. 3 BerlKG).

Dem Wahlvorschlag ist eine persönlich unterzeichnete schriftliche Erklärung eines jeden Bewerbers beizufügen, in der er sich mit der Aufnahme seiner Person in den Wahlvorschlag zur 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin einverstanden erklärt (Einverständniserklärung). Ein Bewerber darf nur in einem Wahlvorschlag benannt werden. Bewerber, die in mehreren Vorschlägen benannt sind und entsprechende schriftliche Erklärungen abgegeben haben, werden von der Wahlkordinatorin bis zum 91. Tag vor dem Ende des Wahlzeitraums aufgefordert, dem Wahlausschuss bis zum 85. Tag vor dem Ende des Wahlausschusses schriftlich zu erklären, für welchen Vorschlag sie sich entscheiden. Der Wahlausschuss streicht ihre Namen als Bewerber in den anderen Wahlvorschlägen. Wird die Erklärung nicht bis zum Ablauf der Erklärungsfrist abgegeben, so wird der Name des Bewerbers in allen Wahlvorschlägen gestrichen. Ein Wahlvorschlag muss von mindestens 20 Wahlberechtigten unterstützt werden. Die

International

Unterstützer müssen mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad, Tätigkeitsort oder Wohnsitz bezeichnet werden. Der Unterstützer hat die Erklärung persönlich zu unterzeichnen (Unterstützungserklärung). Es ist zulässig, dass ein Wahlberechtigter mehrere Wahlvorschläge unterstützt. Die Einverständniserklärung eines Wahlbewerbers gilt zugleich als Unterstützung des Wahlvorschlages, in dem er benannt ist.

Für jeden Wahlvorschlag sind eine Vertrauensperson sowie deren Stellvertreter mit Namen, Vornamen, gegebenenfalls akademischem Grad sowie ladungsfähiger Anschrift zu benennen.

Für die Wahlvorschläge, die Einverständniserklärungen, die Unterstützungserklärungen sowie die Benennung der Vertrauenspersonen sind von der Ärztekammer Berlin ausgegebene Vordrucke zu verwenden und vollständig auszufüllen.

Hinweis der Wahlkoordinatorin

Die Vordrucke erhalten Sie auf Anfrage bei der Ärztekammer Berlin, Wahlbüro (Wahlkoordinatorin) Friedrichstraße 16, 10969 Berlin elektronisch per E-Mail oder schriftlich auf dem Postwege.

Japanische Delegation besucht die Kammer



Eine 13-köpfige Delegation aus Ärzten und Gesundheitsökonominnen hat kurzfristig am 29. April die Ärztekammer Berlin besucht. Im Mittelpunkt der Stippvisite standen Fragen rund um die Organisation des deutschen Gesundheitswesens und der ärztlichen Selbstverwaltung. Besonders interessierten sich

die japanischen Besucher für das Thema Weiterbildung und das Verhältnis Staat und Ärztekammer. Kammerpräsident Dr. Günther Jonitz und Vorstandsmitglied Stephan Bernhardt, der insbesondere Fragen zum ambulanten Sektor beantwortete, gaben einen kompakten Überblick.

srd

Kollegialer Austausch

Mentorentätigkeit in den Arbeitsmedizinischen Weiterbildungskursen der ÄKB

Um die Weiterbildungskurse der ÄKB für Arbeitsmediziner möglichst alltags-tauglich zu gestalten, soll neben den theoretischen Kenntnissen, die das Curriculum Arbeitsmedizin vermittelt, ein kollegialer Austausch über die gelernten Inhalte möglich sein.

Hierbei begleiten praktisch tätige Betriebsärztinnen und Betriebsärzte die Kursteilnehmenden in Seminaren als Mentorinnen und Mentoren. In diesen Seminaren werden z. B. Betriebsbegehungen unter speziellen Fragestellungen ausgewertet.

Wir möchten unseren Stamm an Mentorinnen und Mentoren gern erweitern. Deshalb suchen wir engagierte Berliner Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner, die Interesse an einer solchen Lehrtätigkeit haben.

Was erwartet die Ärztekammer von ihren Mentorinnen und Mentoren?

- Sie betreuen ihre Betriebe fachlich kompetent

- Sie reflektieren ihre Tätigkeit im Hinblick auf
 - Ihre betriebliche Rolle
 - Ihre Wirksamkeit für den Gesundheitsschutz der Mitarbeiter
 - Entwicklungsmöglichkeiten der eigenen Dienstleistung
- Sie haben Interesse an der Moderation von Gruppen

Welchen Benefit können Sie, unsere künftigen Mentor/innen, erwarten?

Zum Erweitern Ihres fachlichen Kompetenzspektrums bietet Ihnen die Ärztekammer in der zweiten Jahreshälfte ein zweitägiges Training in der Technik der Gruppenmoderation an, welches Sie über Ihre Moderatoreinsätze hinaus in Ihrem sonstigen Berufsleben mit Gewinn anwenden werden.

Sie lernen junge Kollegen und alte Hasen der Arbeitsmedizin kennen und können Netzwerke knüpfen.

Sie werden feststellen, dass eine Gruppenmoderation keine Einbahnstraße des

Wissens ist; Sie werden von den Fragen, aber auch von den Ansichten und Erfahrungen der jungen Kollegen profitieren. Last but not least werden Ihre Einsätze als Moderatoren finanziell vergütet.

Wir benötigen Ihre Mitarbeit in unseren Weiterbildungskursen aktuell in relativ geringem zeitlichem Umfang: 2 - 3 Seminare im Jahr (Dauer jeweils 1 Stunde).

Bei Interesse besteht die Möglichkeit, sich darüber hinaus an der Gestaltung der Weiterbildungskurse auch konzeptionell oder als Referentin/Referent einzubringen.

Interessenten werden gebeten, sich bei folgender Kontaktadresse zu melden:

Ärztekammer Berlin
Abteilung Fortbildung /
Qualitätssicherung
Servicebereich Akademie für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz
Herr Hagen, Tel.: 030 / 408 06-1302
E-Mail: w.hagen@aekb.de

Alles auf Anfang

PRAXIS



KLINIK

ASV

Sektorenübergreifend, sektorenunabhängig, sektorenverbindend, und dabei doch irgendwie ambulant: Die **Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung** – kurz: ASV – siedelt an der Grenze zwischen ambulant und stationär, hat Regeln aus der vertragsärztlichen und aus der stationären Versorgung und soll Ärzte aus Praxis und Klinik zu Teams zusammenfassen. Was bringt der neue Versorgungsbereich?

Von Angela Mißbeck

Seit April können niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser dem erweiterten Landesausschuss (eLA) bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) anzeigen, dass sie an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) mitwirken wollen. Zunächst geht das nur für die Behandlung von Patienten mit Tuberkulose und Mykobakteriosen. Ab Juli können Ärzte und Krankenhäuser auch die Behandlung von Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle im Rahmen der ASV anzeigen. Dazu muss in Berlin ein Formular von 25 Seiten Umfang ausgefüllt werden. Zusätzlich sind zahlreiche Nachweise über die Qualifikationsvoraussetzungen nötig.

Neue Regeln

Gut zwei Jahre hat es gedauert, die Regeln für den neuen Versorgungsbereich festzulegen. Denn die ASV ist zwar dem Namen nach ambulant, gehört aber nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und kann in Kliniken und Praxen gleichermaßen stattfinden. Unter anderem gilt der Bundesmantelvertrag nicht. Auch die Richtgrößen für Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen, wie niedergelassene Ärzte sie kennen, entfallen. Zudem dürfen erstmals ambulant alle Leistungen erbracht werden, die nicht ausdrücklich verboten sind. Dieses Prinzip gilt sonst nur im stationären Bereich.

Auch Abrechnung und Vergütung laufen anders. Es gibt keine Leistungsbudgets. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt. Vorerst gilt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Verhandlungen im ergänzten Bewertungsausschuss zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft stehen aus. „Es gibt also noch jede Menge zu tun“, stellte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen Ende April fest. Das hielt ihn



Uwe Slama,
Geschäftsführer
der Berliner
Krankhaus-
gesellschaft

„Mit dem 2007 überarbeiteten § 116b SGB V (alt) wurde eine ambulante Versorgung von Patienten bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf hohem Niveau durch die Krankenhäuser ermöglicht. Dadurch erhalten Patienten in Berlin einen verbesserten Zugang zu Spezialisten im Krankenhaus. Die Behandlungskontinuität nach stationären Aufenthalten wird dadurch gewährleistet und Versorgungsbrüche werden vermieden. Dies ermöglicht fließende Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung und eine engere Verzahnung der ambulanten Versorgungsangebote.“

Nachdem das Versorgungstrukturgesetz am 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, steht der Start der ASV gemäß § 116b SGB V (neu) nunmehr für den ersten Krankheitsbereich der „Tuberkulose/atypische Mykobakteriose“ unmittelbar bevor. Die gesetzliche Neukonzeption der ASV sieht allerdings vor, das bislang zugelassene Leistungsspektrum insbesondere in der Onkologie auf schwere Fälle zu begrenzen. Dies wird dazu führen, dass Patienten, die derzeit von Krankenhäusern mit einer Zulassung nach altem Recht ambulant behandelt werden, in Zukunft nicht mehr die Ambulanzen der Krankenhäuser zur Weiterbehandlung in Anspruch nehmen können. Daher müssen die hinsichtlich des Leistungsspektrums formulierten Restriktionen aufgehoben werden. Dies würde zugleich zum Abbau von Wartezeiten auf Facharzttermine beitragen. Die Inhalte und die Komplexität der vom Gesetzgeber und dem G-BA erlassenen Regelungen haben zudem zu höheren bürokratischen Hürden und aufwendigen Nachweisen zur Erfüllung der maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen geführt. Wir hätten uns ein deutlich pragmatischeres Anzeigeverfahren vorstellen können.“

jedoch nicht davon ab, niedergelassene Ärzte zum Mitmachen zu motivieren: „Die ASV bietet die Möglichkeit für einen fairen Wettbewerb mit ‚gleich langen Spießern‘. Diese Chance sollten die Ärzte nutzen“, so Gassen.

Neue Leistungserbringer

Doch die Anforderungen sind hoch. Zur ASV wird nicht ein einzelner Arzt zugelassen. Leistungserbringer im neuen Versorgungsbereich ist das ASV-Team. Das Team muss interdisziplinär aufgestellt sein. So sind für ein ASV-Team zur Indikation Tuberkulose Ärzte der Pneumologie und Infektiologie und/oder Mikrobiologie nötig. Weitere Fachärzte müssen hinzugezogen werden können. Diese interdisziplinäre Aufstellung leisten Kliniken prinzipiell leichter als nie-

dergelassene Ärzte in der Einzelpraxis. Doch auch unter Niedergelassenen werden Kooperationen immer größer geschrieben. Viele ambulante Tuberkulose-Spezialisten pflegen schon heute Netzwerke, auch mit ihren Kollegen im Krankenhaus. Bei der ASV sind diese Teamplayer klar im Vorteil.

Neues Recht

Rein rechtlich ist ASV die Neufassung des § 116b des fünften Sozialgesetzbuches. Dieser Paragraph hat in seiner alten Version die Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung geregelt. Anders als die niedergelassenen Ärzte hatten die Krankenhäuser durch die Neufassung also nicht nur etwas zu gewinnen, sondern auch etwas zu verlieren. Sie kämpften daher

hart gegen alle Erschwernisse und mussten doch einige Zugeständnisse machen. Oft sind es Feinheiten: Facharztstatus statt Facharztstandard ist nun gefordert, und die Ärzte des ASV-Teams müssen namentlich benannt werden. Das wird oft als Bürokratisierung beklagt, so zum Beispiel von der Berliner Krankenhausgesellschaft.

Neue Anforderungen

Ein Krankenhaus, das bisher nach dem alten § 116b Tuberkulose-Patienten ambulant versorgt hat, gewinnt durch eine Mitwirkung an der ASV zunächst einmal gar nichts. Die drei Berliner Kliniken mit der Alt-Zulassung können sich bis zum Auslaufen dieser Zulassung zwei Jahre Zeit lassen, bevor sie sich den neuen ASV-Regeln unterordnen.

„Perspektivisch misst der Berufsverband der Pneumologen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116 SGB V eine hohe Bedeutung zu. Zwar ist die Erkrankungsgruppe Lungen-Tbc und Mykobakteriosen für sich genommen klein und hat damit eine nur umschriebene wirtschaftliche Bedeutung. Das steht dem Aufwand der Einrichtung einer Team-Teilnahme für die ASV-Versorgung zunächst entgegen. Doch ohne Frage wird die ASV-Versorgung eine Chance auf zusätzliche Verbesserung erhalten – getragen durch die sektoren-übergreifende enge Zusammenarbeit der Spezialisten. Das wird dadurch vorangetrieben, dass komplizierter zu behandelnde und multiresistente Tuberkulosen zunehmen.



Dr. Thomas Hering,
Vorsitzender des
Landesverbands der
Pneumologen Berlin
und Brandenburg

Sie erfordern komplexe Therapieschemata und erhöhten Überwachungsaufwand. Hierin ist ein klarer Vorteil der ASV zu sehen. In der kleinen Community der Pneumologen in Klinik und Praxis in Berlin sollte die Zusammenarbeit vom langjährig bestehenden persönlichen Kontakt und Vertrauen getragen sein. Zunächst ist hier nicht zu erwarten, dass ein besonderer Vorteil bei der Klinik oder der Praxis wirksam wird.

Der Bürokratieaufwand für ASV ist ohne Frage hoch. Andererseits: Die Indikation Tbc ist nur die erste im Fach Pneumologie. Es folgen pulmonale arterielle Hypertonie PAH und Bronchialkarzinom. Unter diesem Gesichtspunkt bietet die Indikation Tbc die Chance zum „Warmlaufen innerhalb der ASV“. Denn es ist anzunehmen, dass die Zusammenarbeit für Tbc und die folgenden Indikationen in personell weitgehend gleichen Teams stattfindet und damit der Abstimmungsaufwand im Schnitt rationaler wird. Praxen, die schon jetzt einen überdurchschnittlichen Anteil an Tbc-Patienten versorgen, werden sich hier sicherlich engagieren.“

„Wir bemühen uns im Sinne unserer Patientinnen und Patienten einen nahtlosen Übergang von der bisherigen Versorgung nach § 116b zur neuen ASV zu gewährleisten“, so eine Charité-Sprecherin. Die Berliner Uniklinik beklagt jedoch einige Hürden, wie administrativen Mehraufwand und Widersprüche zwischen Anforderungsvoraussetzungen und tatsächlich abrechenbaren Leistungen. „Gefordert wird einerseits breite Fachexpertise der Experten, andererseits wird ihnen nur sehr begrenzte Leistungserbringung erlaubt“, so die Sprecherin weiter. Mit Blick darauf sei auch der finanzielle Aufwand überhaupt nicht angemessen. Die Bürokratiekostenmessung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat laut Charité administrative Kosten von etwa 4.000 Euro pro Zulassung ermittelt. „Für eine Maximalversorgungsklinik, die Zulassungen in allen Bereichen anstrebt, stehen Kosten von rund 100.000 Euro für Antragsverfahren an. Hinzu kommen noch Kosten für die Kooperation und Koordination, die nicht über die Vergütung gedeckt sind“, so die Kritik der Charité.

Neue Perspektiven

Deutlich positiver bewertet der Normengeber G-BA die Rahmenbedingungen. Zwar räumt auch das zuständige unparteiische Ausschussmitglied Dr. Regina Klakow-Franck ein, dass es aufwändig war und ist, den neuen Versorgungsbereich zu regeln. Den bürokratischen Aufwand hält sie aber für gerechtfertigt mit Blick darauf, dass die Teilnahme an der ASV ohne zusätzliche Bedarfsprüfung oder Zulassung einzig und allein aufgrund der Qualifikation erfolgt. Im Interview mit BERLINER ÄRZTE zeigt sich Klakow-Franck mit den gefundenen Lösungen insgesamt zufrieden. Anders als die Charité, für die ASV nur ein Instrument im Chor der ambulanten Tätigkeiten der Klinik ist, sieht der G-BA den neuen Versorgungsbereich als tonangebend für eine insgesamt neugestaltete, vernetzte Versorgung.

Verfasserin:

Angela Mißlbeck

Fachjournalistin für Gesundheitspolitik

»Die ASV lebt vom Mitmachen«

Dr. Regina Klakow-Franck sitzt dem Unterausschuss ASV beim Gemeinsamen Bundesausschuss als unparteiisches Ausschussmitglied vor. Die 53-jährige Gynäkologin hat Geburtshilfe bei der ASV geleistet. Doch diese Aufgabe empfand sie mitunter auch als undankbar. Das verrät sie im Interview mit Angela Mißlbeck.

BERLINER ÄRZTE: Die Bundesregierung hat zum 1. Januar 2012 die rechtliche Grundlage für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung geschaffen. Warum dauert es so lange, bis Patientinnen und Patienten im Rahmen der ASV behandelt werden können?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Aus meiner Sicht hat die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht lange gedauert. Im Juni 2012 hatte es zunächst einen Wechsel in der Amtsperiode des G-BA gegeben. Der fachlich zuständige Unterausschuss konnte erst danach im August 2012 gebildet werden. Und bereits im März 2013 wurde die Erstfassung der Richtlinie ‚Ambulante spezialfachärztliche Versorgung‘ beschlossen. Im Vergleich zu anderen, ähnlich komplexen Beratungsverfahren ist das kein außergewöhnlich langer Zeitraum.*

BÄ: Kurz zum Sachstand: Die ersten Konkretisierungen der Richtlinie für die Tuberkulose und die gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle liegen vor. Welche Indikationen folgen als nächstes – und wann?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Die ASV wird jetzt Zug um Zug immer schneller umgesetzt. Der Unterausschuss ASV hat Mitte Februar die Beratungen zu den gynäkologischen Tumoren aufgenommen. Dazu zählt auch das Mammakarzinom – die häufigste Krebserkrankung der Frau.*

Parallel dazu wird an dem Thema Marfan-Syndrom gearbeitet. Bei den noch anstehenden Konkretisierungen finden immer parallele Beratungen zu einer seltenen und zu einer komplexen Erkrankung statt.

BÄ: Was hätte bei den Beratungen besser laufen können? Hätte man sie beschleunigen können?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Einige Vorgaben des Gesetzgebers haben die Beratungen zur ASV sicher nicht einfacher gemacht.*

BÄ: Woran denken Sie konkret?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Zum Beispiel an die im Gesetz vorgegebene Notwendigkeit, die onkologischen Erkrankungen auf die schweren Verlaufsformen reduzieren zu müssen. Es klingt zunächst einmal plausibel, dass leichte Verläufe von Krebserkrankungen in der Regelversorgung behandelt werden und eine hochspezialisierte Versorgung dafür nicht benötigt wird. Aber da es sich meistens um komplexe Erkrankungen handelt, ist eine Abgrenzung von schweren und leichten Verlaufsformen schwierig. Das waren schon sehr intensive Beratungen und Entscheidungen, bei denen ich meine Rolle manchmal auch als undankbar empfunden habe. Aber ich bin davon überzeugt, dass wir mit dem bisher Erreichten sehr gute Lösungen gefunden haben.*

BÄ: Gab es weitere Herausforderungen?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Es gibt noch weitere Gründe, warum die Beratungen zur ASV anspruchsvoll waren und sind. Ich halte es zunächst für richtig, dass der Gesetzgeber mit der Neufassung des § 116b nicht einfach nur bestehende Regelungen für Krankenhäuser auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte übertragen wollte. Er hat vielmehr ganz bewusst den Einstieg in einen neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereich ermöglicht. Für den G-BA hat das in der Umsetzung allerdings die Konsequenz, dass für alle Teilnehmer am Versorgungsgeschehen – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Krankenhäuser – verbindliche und faire Rahmenbedingungen definiert werden müssen. Dazu muss dem G-BA allerdings dann auch die notwendige Gründlichkeit und Zeit zugestanden werden, diesen Auftrag zu erfüllen. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass der neue Versorgungsbereich ausschließlich über Qualitätsanforderungen gesteuert wird. Der G-BA definiert mit den Anforderungen an die Qualifikationen des Behandlungsteams, mit sonstigen Strukturqualitätsanforderungen und mit der Festlegung des Behandlungsumfangs den Marktzugang für Krankenhäuser und niedergelassene Spezialistinnen und Spezialisten. Andere Zulassungskriterien gibt es nicht. Zum Thema Teilnahme an der ASV haben die Trägerorganisationen im G-BA zunächst aber zum Teil unterschiedliche Vorstellungen. Da bleiben Konflikte nicht aus, die die Beratungen zusätzlich in die Länge ziehen können. Aber um es nochmals deutlich zu machen: Es geht hier um die Schaffung eines neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs, dessen Zugang primär über Qualitätsanforderungen und Behandlungsumfang gesteuert wird – das gab es so bisher noch nicht. Auch deshalb ist der Druck, der auf den Beratungen im G-BA liegt, hoch.*

BÄ: Mit welchen Hürden kämpft die ASV jetzt noch?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Zunächst möchte ich auf die Ergebnisse verweisen, die mit der Rahmenrichtlinie und mit*

Grundsatzbeschlüssen zu den ersten beiden Anlagen bereits erzielt wurden. Bei den Konkretisierungen wurde unter anderem entschieden, dass die Überweisung eines Patienten in die ASV nicht mehr für drei Jahre gilt, sondern auf ein Jahr begrenzt ist und dann gegebenenfalls neu ausgestellt werden muss. Bei der Tuberkulose ist an der Mindestmenge als bewährtes Instrument der Qualitätssicherung festgehalten worden.

Für die Sicherung der Versorgungsqualität bei den gastrointestinalen Tumoren wurden zusätzlich arztbezogene und fachgruppenspezifisch differenzierte Mindestmengen festgelegt, die von mindestens einem Mitglied des Kernteams erfüllt werden müssen. Die hierbei zugrunde gelegten Mindestmengen entsprechen denen der Onkologie-Vereinbarung, die zum 4. Quartal 2009 in Kraft getreten ist. Bei den gynäkologischen Tumoren wird man das eine oder andere bei den schweren Verlaufsformen noch anpassen müssen.

Aber die wesentlichen Grundsatzentscheidungen sind jetzt gefällt worden. Es war auch Neuland für den G-BA, den Behandlungsumfang bis auf die Leistungsbeschreibungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs herunter zu brechen. Da ist der Gordische Knoten gelöst. Ich rechne nach den ersten wichtigen Entscheidungen in den vergangenen Monaten jetzt mit einem reibungslosen und zügigen Beratungsverlauf.

BÄ: Dann ist bis zum Jahresende alles geregelt?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Nein, alles sicher nicht. Aber ich gehe davon aus, dass der G-BA noch vor Jahresende Beschlüsse zu den gynäkologischen Tumoren und zum Marfan-Syndrom fassen wird. Im Anschluss werden wir direkt mit den Beratungen zu den nächsten Anlagen beginnen, die bereits priorisiert sind. Aus dem Bereich der komplexen Krankheitsbilder stehen die rheumatologischen Erkrankungen und*

aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen die pulmonale arterielle Hypertonie auf der Agenda. Wir können aus Kapazitätsgründen allerdings immer nur eine Indikation nach der anderen beraten. Aber die Zahl der Entscheidungen wird jetzt deutlich höher werden. Ich halte dieses schrittweise Vorgehen für besser, als erst alle Erkrankungen für eine Behandlung im Rahmen der ASV zu definieren.

BÄ: Sie haben es vorhin schon angedeutet: Der Gesetzgeber hätte es Ihnen leichter machen können. Wie müsste denn gesetzgeberisch nachjustiert werden?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Die derzeitige Beschränkung auf die schweren Verlaufsformen ist – wie bereits gesagt – in der Tat problematisch. Aus meiner Sicht ist in der Folge die Abgrenzung von schweren und leichten Verlaufsformen eine Gratwanderung. Der G-BA hat dafür einen entsprechenden Kriterienkatalog vorgelegt. Perspektivisch halte ich allerdings diese Grenzziehung im tatsächlichen Versorgungsgeschehen für hinderlich.*

BÄ: Weitere Wünsche an den Gesetzgeber?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Wenn wir erreichen können, dass die ASV erfolgreich umgesetzt wird, dann würde ich mir nicht nur wünschen, dass die Beschränkung auf die schweren Verlaufsformen fällt, sondern dass in Zukunft auch weitere Leistungsbereiche für die ASV erschlossen werden, wie etwa das ambulante Operieren.*

BÄ: Die ASV sollte die Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär neu ordnen. Dient sie dort als Blaupause oder ist sie nur ein Modell unter vielen wie Klinik-MVZ oder Hochschulambulanzen?

Dr. Regina Klakow-Franck: *Dieser Bereich wird immer wichtiger, denn der Versorgungsbedarf für die Zukunft liegt genau im interdisziplinären abgestimmten Leistungsangebot. Der medizinischtechnische Fortschritt führt dazu, dass Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und*

Ärzte immer häufiger eine vergleichbare Behandlung anbieten. Ich sehe daher die ASV tatsächlich als Einstieg in eine Form der sektorenunabhängigen Versorgung. Dieses Potenzial sehe ich hier.

BÄ: Wird die ASV auch für Patienten spürbare Veränderungen bringen?

Dr. Regina Klakow-Franck: Das hoffe ich natürlich sehr. Onkologische Patientinnen und Patienten sind in Krebszentren schon jetzt gut versorgt. Die ASV ist ein zusätzlicher Impuls, diese Versorgung weiter auszubauen und in die Fläche zu tragen. Interdisziplinäre Teams können aber nicht nur für onkologische, sondern auch für die Behandlung von anderen komplexen Erkrankungen gebildet werden und damit die Versorgung weiter verbessern und ausdifferenzieren. Der G-BA hat für diese Teams verbindliche Strukturqualitätsanforderungen festgelegt. Qualitätssicherung ist fester Bestandteil der Rahmenrichtlinie und wird bei der ASV auch weiterhin eine wichtige Rolle spielen. Dazu gehört zum Beispiel auch die Evaluation des Nutzens der Behandlung für Patientinnen und Patienten.

BÄ: Was ändert sich für Krankenhäuser, die bisher nach dem alten § 116b zur ambulanten Versorgung zugelassen waren, durch die Neufassung des Paragraphen? Müssen sie sich jetzt strukturell völlig neu aufstellen?

Dr. Regina Klakow-Franck: Wenn es um onkologische Erkrankungen geht, werden sich die Krankenhäuser künftig sektorenübergreifend aufstellen müssen. Ein Krankenhaus braucht dann für eine Versorgung im Rahmen der ASV mindestens ein Teammitglied aus dem niedergelassenen Bereich. Neu ist zudem, dass die Mitglieder des ASV-Teams namentlich benannt werden müssen. Anders als bisher reicht für die Diagnosestellung und die zentralen Therapieentscheidungen in Krankenhäusern nicht mehr der Facharztstandard, sondern es ist Facharztstatus gefordert. Unabhängig von diesen geänderten Strukturanforderungen gilt bei der ASV für alle Häuser, die bisher an der ambulanten onkologischen Versorgung teilgenommen



Dr. Regina Klakow-Franck

haben, die Eingrenzung der Behandlung auf die schweren Verlaufsformen. Durch ein niedrigschwelliges Anzeigeverfahren bei den dafür zuständigen Institutionen auf Landesebene können sich dafür bundesweit Krankenhäuser an der ASV beteiligen, so dass sich bestehende regionale Unterschiede im bisherigen Versorgungsangebot künftig angleichen könnten.

BÄ: Und was bringt die ASV für niedergelassene Ärzte?

Dr. Regina Klakow-Franck: Für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ist die ASV besonders interessant. Es handelt sich ja um ein ambulant erbringbares Leistungsspektrum, das bislang den Krankenhäusern vorbehalten war. Die ASV ist daher für niedergelassene Mediziner eine große Chance, sich unter gleichen Rahmenbedingungen zu beteiligen. Es gibt nach wie vor Befürchtungen, dass die großen Krankenhäuser im Vorteil sind. Ich bin aber davon überzeugt, dass es durch Vernetzung durchaus möglich ist, die Qualitätsanforderungen der Richtlinie zu erfüllen, ohne im Wettbewerb mit Krankenhäusern Nachteile zu haben. Es gibt ja schon viele Ärztinnen und Ärzte, die bei der Behandlung von Patientinnen und

Patienten kooperieren, besonders in hochspezialisierten Bereichen. Ein niedergelassener Onkologe etwa arbeitet ja in der Regel mit mindestens einem Krankenhaus zusammen.

BÄ: Und was raten Sie abschließend den potenziellen Teilnehmern an ASV?

Dr. Regina Klakow-Franck: Nutzen Sie Ihre Chance, den neuen Versorgungsbereich von Anfang an mit zu gestalten. Die ASV lebt vom Mitmachen! Nur dann können Erfahrungen gesammelt und bei Bedarf nachjustiert werden.

BÄ: Ihr Fazit?

Dr. Regina Klakow-Franck: Ich halte die ASV aus Patientensicht für unheimlich wichtig. Die demografische Entwicklung erfordert ein solches Versorgungsangebot. Die Bevölkerung wird immer älter, die komplexen Erkrankungen nehmen zu. Man wird dieser Entwicklung im Hinblick auf eine gute Patientenversorgung nur noch mit interdisziplinär abgestimmten Lösungen begegnen können. Das sollte für Leistungserbringer und Krankenkassen das Motiv sein, das im Vordergrund steht.

Im Visier: kardiovaskuläres Risiko statt Cholesterinwerte*

Neue US-amerikanische Leitlinien sind eine mutige und weise Abkehr von der gegenwärtigen Praxis

Harlan M. Krumholz, Inhaber der Harold-H.-Hines-Jr.-Professur für Medizin,
Yale University School of Medicine, New Haven, CT 06510, USA, harlan.krumholz@yale.edu

Die jüngsten US-amerikanischen Leitlinien „Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults“ leiten eine neue Ära der Prävention von arteriosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfällen ein, indem sie das Augenmerk auf die Risikoreduzierung legen und sich damit von den Cholesterinwerten als Behandlungsziel abwenden. Diese neuen Leitlinien sehen vor, dass nach Ausschöpfung der Maßnahmen zur Lebensstiländerung eine an das individuelle Risiko angepasste pharmakologische Therapie eingeleitet wird, nur Medikamente mit belegter Risikosenkung verordnet werden und die Behandlung nicht mehr ausschließlich am Cholesterinspiegel auszurichten ist.

Dieser Paradigmenwechsel in der Prävention bricht mit den seit Jahrzehnten bestehenden Empfehlungen: Im Jahr 1988 veröffentlichte das National Heart, Lung, and Blood Institute die ersten US-amerikanischen Leitlinien, die eindeutige Schwellenwerte für die Einleitung der Therapie mit Lipidsenkern und klare Behandlungsziele einführten. Darüber hinaus ist er eine unmissverständliche Abkehr von den vor zwei Jahren veröffentlichten Leitlinien der European Society of Cardiology, in denen die Werte des LDL-Cholesterins (Low Density Lipoprotein) ausdrücklich als Richtwerte für die Arzneimitteltherapie befürwortet werden.

Für die Ärzte und die Bevölkerung sind diese neuen Empfehlungen unter Umständen irritierend. Zielwerte sind Teil des medizinischen Lehrplans und werden in Prüfungen abgefragt. Mitunter sind die Lipidwerte der Patienten sogar die Grundlage für die ärztliche Behandlungsbewertung und -honorierung. Ganze wissenschaftliche Karrieren fußen auf Untersuchungen, wie diese gesunden Blutfettwerte bestmöglich zu erreichen sind, häufig mit dem neuesten Lipidsenker. Fachgesellschaften und öffentliche Gesundheitsorganisationen sammeln Gelder zur Förderung von Initiativen für die Patienten- und Fachkreise, in denen für die Cholesterinzielwerte geworben wird, und staatliche Stellen klären mit allgemeinen Gesundheitskampagnen auf. Zulassungsbehörden bewilligen Anträge für Arzneimittel

auf der Grundlage der Fähigkeit zur Senkung des LDL-C-Spiegels, jedoch ohne dass Nachweise darüber vorliegen, wie sich die Medikamente auf die Behandlungsergebnisse auswirken. Denn bis vor Kurzem wurde die Annahme, dass Arzneimittel, die die LDL-C-Werte senken, auch das Patientenrisiko reduzieren, nicht infrage gestellt.

In den letzten Jahren hat eine ganze Reihe von Studien Erkenntnisse zutage gefördert, die bis dato weitgehend unbeachtet geblieben waren. Cholesterin spielt zwar eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Arteriosklerose, aber eine Korrektur mithilfe von Pharmaka führt nicht immer zu dem erwarteten Ergebnis. Arzneimittel wirken auf ganz vielfältige Weise und ihr Einfluss auf die Cholesterinkonzentrationen ist nicht immer eins zu eins mit ihrer Wirkung auf das Patientenrisiko gleichzusetzen. So wurde in Studien gezeigt, dass die Absenkung des LDL-C und die Anhebung des HDL-Cholesterins (High Density Lipoprotein) nicht zwangsläufig das Risiko senkt. Dies ließ allmähliche Zweifel an der Ansicht aufkommen, dass die Lipidspiegel unter Therapie Surrogatmarker für die Behandlungsergebnisse sind. Zudem wurde klar, dass sich die Dosierungsempfehlungen zum Erreichen der Zielwerte nicht direkt auf Studienbelege stützten. Die großen Studien zur Lipidsenkung prüften die Hypothese, ob ein Medikament in einer Festdosis das Risiko in einer bestimmten Population senkt.

Hier wurden Medikamente – und keine Strategien – untersucht, und zwar ohne Titration bis zum Erlangen der Zielwerte. Dabei ist interessant, dass sich das American College of Cardiology und die American Heart Association angesichts dieser Datenlage bereits in ihren vorausgehenden Leitlinien von den Behandlungszielen entfernten. Da es sich dabei jedoch nicht explizit um Cholesterin-Leitlinien handelte, fanden ihre Empfehlungen zur Prävention und den Lipidwerten nur wenig Gehör und Würdigung.

* Übersetzung aus BMJ 2013;347:f7110

Der Fokus auf die Zielwerte führte zu Behandlungsstrategien, für die keine Nachweise über eine Senkung des Patientenrisikos vorlagen. Durch ihre Fähigkeit, Patienten beim Erreichen von Cholesterinzielwerten zu helfen, wurden mit den Blockbuster-Medikamenten Umsätze von vielen Milliarden Dollar erzielt, wenngleich sie ungewisse Auswirkungen auf das Erkrankungsrisiko besaßen.

In den Leitlinien des American College of Cardiology und der American Heart Association werden Statine überwiegend als Arzneimittel betrachtet, die das Risiko und eben nicht das Cholesterin senken. Statine reduzieren das Risiko unabhängig von den anfänglichen LDL-C-Werten, sodass die Leitlinien bei der Frage ansetzen, ob das Risiko der Patienten hoch genug ist, um eine Statin-Behandlung zu begründen, statt zu fragen, ob der LDL-C-Spiegel hoch genug ist, um eine Behandlung zu rechtfertigen. Die neuen Leitlinien lenken die Aufmerksamkeit auf das absolute Risiko und den Umfang des möglichen Nutzens, ein wichtiger Punkt angesichts dessen, dass Statine bislang bevorzugt bei Patienten mit geringerem Risiko verschrieben werden. Die alleinige Betrachtung der Lipidspiegel kann außerdem bedeuten, dass Niedrigrisikopatienten mit moderat erhöhten LDL-C-Spiegeln, nicht aber Hochrisikopatienten mit niedrigeren LDL-C-Konzentrationen, behandelt werden.

Die Methode zur Risikoberechnung und die empfohlenen Therapieschwellenwerte der aktuellsten Leitlinien standen nahezu sofort in der Kritik. Mindestens ein bekanntes Team hat bereits Bedenken hinsichtlich der Genauigkeit des Risikorechners veröffentlicht. Diese Kritik bleibt wahrscheinlich bestehen, solange Fachleute den neuen Rechner und seine Genauigkeit in verschiedenen Populationen untersuchen und im Laufe der Zeit verbessern. Auch sind die Schwellenwerte für das Risiko und damit die Behandlung nicht als strenge Vorgaben, sondern als Empfehlungen zu sehen. Die Beurteilung, welchen Nutzen eine pharmakologische Behandlung hat, wird nach dem persönlichen Empfinden zu den potenziellen Vorteilen, Belastungen und Nachteilen gefällt – Aspekte, die keine Autorengruppe festlegen kann. Letztlich hängt die Entscheidung von unseren ärztlichen Fähigkeiten ab, den Patienten das nötige Wissen und die Orientierungshilfe bereitzustellen, um gut durchdachte Entscheidungen zu ihrer Behandlung zu treffen.

Die neuen Leitlinien sind zudem eine Warnung vor der voreiligen Übertragung medizinischer Leitlinien in Leistungskennzahlen. Sie verdeutlichen, dass der Vorstoß in Bezug auf das Erreichen von Zielwerten auf Spekulation beruhte – und nicht auf unmit-

telbaren Studienbelegen – und Tür und Tor für die Anwendung noch nicht hinreichend geprüfter Medikamente öffnete.

Ich hoffe, dass die European Society of Cardiology die Grundsätze dieser Leitlinien genau betrachtet und zustimmt, dass es an der Zeit ist, die Fokussierung auf die LDL-C-Werte zu verlasen. Die Unstimmigkeiten bei den Methoden zur Risikoberechnung sollten nicht von diesem zentralen konzeptuellen Aspekt der neuen Leitlinien ablenken. Und schließlich hoffe ich, dass einige dieser Kontroversen die Bestrebungen, in die Empfehlungen eine gemeinsame Entscheidungsfindung einzubinden, neu entfachen.

Zum Schluss sei gesagt, dass die neuen Leitlinien Wertschätzung verdienen. Dass eine Gruppe aus Fachleuten, die fest in dem Lehrsatz der Cholesterinzielwerte verankert sind, die Belege unvoreingenommen auswertet und zu einem Schluss kommt, der eine derart mutige und weise Abkehr von der gegenwärtigen Praxis darstellt, ist einfach beachtlich. Dabei bleibt allerdings noch offen, wie und in welchen Populationen sich das Risiko am besten berechnen lässt. Auch müssen wir die Vorstellung überwinden, dass Patienten und Ärzte zwecks der Behandlung auf einen Schwellenwert schauen, und Werkzeuge entwickeln, mit denen gemeinsame Entscheidungen zu den Präventionsstrategien ermöglicht werden. Gleichwohl sind die Fortschritte in diesen Leitlinien zu würdigen. Wahrscheinlich wird es noch einige Zeit dauern, bis diese neuen Konzepte gänzlich verstanden werden und Einzug in die Praxis nehmen können. Aber zumindest in den USA sind die Maßnahmen zur Prävention von arteriosklerotischen Herzerkrankungen und Schlaganfällen auf einem stärker evidenzbasierten Kurs. Wenn wir diese Konzepte in geeignete neue Praktiken übersetzen, können die Patienten davon nur profitieren.

Interessenkonflikt: Der Autor hat die Richtlinie der BMJ Group zur Erklärung möglicher Interessenkonflikte gelesen und verstanden und gibt folgende Konflikte an: Vorsitzender des kardiologischen Fachbeirats des Versicherers UnitedHealthcare. **Herkunfts- und Begutachtungsangaben:** beauftragt; keine externe Begutachtung.

Literaturhinweise sind auf Nachfrage in der Redaktion BERLINER ÄRZTE, unter presse@aekb.de oder Tel. 030 40806-4101, erhältlich.

Zu zitieren als: BMJ 2013;347:f7110
© BMJ Publishing Group Ltd 2013

Peer Reviews in Einrichtungen der Patientenversorgung

Bundesärztekammer veröffentlicht praxisorientierten Leitfaden zur Entwicklung von Peer Review-Verfahren

Mit dem medizinischen Fortschritt hat sich die Patientenversorgung grundsätzlich verändert. Behandlungsmethoden sind zum Teil hochtechnisiert, komplex und die Versorgungsprozesse hochgradig arbeitsteilig organisiert und damit um ein vielfaches aufwendiger, als dies noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war. Damit gewinnt auch die Frage nach der systematischen Sicherung der Qualität medizinischer Behandlung eine neue Dimension.

Hier setzt das Peer Review-Verfahren an. Peer Review bedeutet, dass Fachkollegen („Peers“) Behandlungsprozesse begutachten und über einen „kollegialen Dialog“ auf Augenhöhe Optimierungsstrategien mit den Beteiligten reflektieren mit dem Ziel, die Handlungspraxis zu verbessern.

Von Henning Schaefer

Die Peers sind Experten aus externen Einrichtungen, die über eine vergleichbare Expertise, Erfahrung und Position wie die besuchten Kollegen verfügen. Nach einem strukturierten Verfahren werden die Behandlungsabläufe vor Ort (selbst)kritisch gemeinsam analysiert. Die visitierte Einrichtung erhält vom Review-Team ein Feedback zu ihren Stärken und Schwächen und gemeinsam werden konkrete, passgenaue Lösungsmöglichkeiten und Verbesserungsmaßnahmen für die Gegebenheiten vor Ort erarbeitet. Als Ergebnis des Reviews erhält die besuchte Einrichtung einen zusammenfassenden Bericht des Peer Review-Teams.

In einem Entschließungsantrag plädierte der 115. Deutschen Ärztetag in 2012 dafür, die Etablierung von Peer Review-Verfahren in Kooperation mit den Landesärztekammern weiter zu fördern. Dem wurde unter anderem mit der Erarbeitung des methodischen „Leitfaden Ärztliches Peer Review“ Rechnung getragen, der im Mai dieses Jahres von der Bundesärztekammer vorgelegt wurde und an dessen Entwicklung die Ärztekammer Berlin beteiligt war. Mit Hilfe dieses praxisorientierten Leitfadens, der auch Musterdokumente und Checklisten beinhaltet, sollen interessierte Fachgesellschaften, Ärztenetze und andere Organisationen bei der Entwicklung von Peer Review-Verfahren unterstützt werden.

Das von Ärzten für Ärzte aus eigenem professionellem Selbstverständnis heraus entwickelte Verfahren bietet die Chance, Qualitätsentwicklung mit geringem bürokratischen Aufwand und direktem Nutzen für die tagtägliche ärztliche Praxis zu integrieren. „Das Peer Review verankert die Qualitätssicherung wieder dort, wo sie aus ärztlicher Sicht hingehört: in die medizinische Praxis“, erklärte Dr. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer anlässlich der Vorstellung des Leitfadens „Ärztliches Peer Review“. „Qualität entsteht unmittelbar auf der Ebene der Patientenversorgung, von Menschen für Menschen. Deshalb müssen Verfahren, die die Qualität verbessern sollen, auf Augenhöhe mit den praktisch tätigen Ärzten und anderen Berufsgruppen im konkreten Arbeitsalltag entwickelt und umgesetzt werden, so Jonitz.

Die Ärztekammer Berlin führt seit 2002 das „Berliner Konzept zur Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin“ durch, das bundesweit Anerkennung findet. Über die gesetzlich vorgeschriebenen Verfahren der Qualitätssicherung hinausgehend wurde zunächst ein Audit-Verfahren entwickelt und seit 2008 im Sinne eines Peer Review-Verfahrens systematisch weiterentwickelt. Die in allen transfundierenden

Berliner Kliniken und Praxen durchgeführten Peer Reviews haben zu einer guten und stabilen Beurteilung und Verbesserung der Strukturqualität in den transfundierenden Einrichtungen beigetragen. Ab 2014 wird die Prozessqualität und hier das Thema „sichere Patientenidentifikation bei Transfusionen“ stärker in den Fokus dieses Verfahrens gerückt.

Darüber hinaus führt die Ärztekammer Berlin seit 2011 in Kooperation mit dem Intensivmedizinischen Netzwerk Berlin/Brandenburg das Peer Review-Verfahren in der Intensivmedizin durch. Das Intensivmedizinische Peer Review-Verfahren ist interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend konzipiert (Medizin und Pflege) und stärkt sowohl die professionelle Autonomie der einzelnen Beteiligten als auch die gemeinsame Verantwortung in einem Hochrisikobereich der Patientenversorgung.

Die verfahrensbezogenen Inhalte dieses Verfahrens werden von der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern in einem „Verfahrensrahmen“ schriftlich festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Dieser Verfahrensrahmen dient den Landesärztekammern als Orientierung zur Ausgestaltung des intensivmedizinischen Peer Review-Verfahrens vor Ort.

Auf der Basis des Fortbildungscurriculums „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer hat die Ärztekammer Berlin die Peer Reviewer für die beiden vorstehend genannten Verfahren sowie für die Peer Review-Verfahren von IQM (Initiative Qualitätsmedizin) und QKK (Qualitätsindikatoren für Kirchliche Krankenhäuser e.V.) qualifiziert und leistet damit einen weiteren konkreten Beitrag zur Entwicklung einer Sicherheitskultur mit einem offenen, von Schuldzuweisungen freien Umgang mit Qualitätsdefiziten und Fehlern.

Der Leitfaden ist abzurufen unter www.bundesaerztekammer.de/peer_review

Dr. med. Henning Schaefer
Leiter Abteilung Fortbildung/
Qualitätssicherung
Ärztekammer Berlin

Messe & Berufsschule – Ärztammer präsentiert Aus- bildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r

Messe „Gesundheit als Beruf“ in der Urania

Zum fünften Mal hat die Ärztkammer Berlin durch ihre Abteilung 3, Schwerpunkt Berufsbildung, den Ausbildungsberuf „Medizinische/r Fachangestellte/r“ am 14. und 15. März 2014 auf der Karriere- und Bildungsmesse „Gesundheit als Beruf“ in der Urania präsentiert. Die Messe ist die größte Gesundheitsmesse für die Region Berlin-Brandenburg und bietet die Möglichkeit, sich zu allen Berufen der Gesundheitswirtschaft zu informieren sowie konkrete Ausbildungs-, Job- und Weiterbildungsangebote zu erhalten. Der zentral gelegene Stand der Ärztkammer war rege besucht. Insgesamt waren mehr als 90 Aussteller aus der Gesundheitsbranche auf der Messe vertreten.



Medizinische Fachangestellte Gabriele-Ilona Krüger mit Simone Schiela aus der Abteilung 3 der Ärztkammer am Messestand in der Urania (Foto: C. Steinbach)

„Tag der offenen Tür“ in der Rahel-Hirsch-Schule in Hellersdorf

Erstmals präsentierte sich die Ärztkammer am 6. März 2014 im Rahmen des „Job-Info-Tages“ und „Tages der offenen Tür“ in der Rahel-Hirsch-Schule in Hellersdorf. Das Oberstufenzentrum leistet mit dem Oberstufenzentrum in Wedding den schulischen Teil der Ausbildung der Me-



Medizinische Fachangestellte Jutta Fahle mit Christina Hartmann aus der Abteilung 3 der Ärztkammer am Stand in der Rahel-Hirsch-Schule (Foto: J. Barning)

dizinischen Fachangestellten. Die Resonanz auf das Informationsangebot der Ärztkammer war groß. Interessierte wurden von Mitarbeiterinnen der Fachabteilung umfassend zu allen Fragen rund um Aus- und Fortbildung informiert und individuell beraten. Zudem erhielten sie im Gespräch mit einer erfahrenen Medizinischen Fachangestellten Einblick in die Praxis und den Berufsalltag. Angebote wie die Messung der Lungenfunktion mit dem Peak-Flow-Meter und die Überprüfung des Blutdrucks wurden gerne angenommen.

Mit ihrer Präsenz auf den beiden Veranstaltungen hat die Ärztkammer Berlin den Ausbildungsberuf „Medizinische/r Fachangestellte/r“ erneut in den Blickpunkt der Öffentlichkeit gerückt und damit einen Beitrag zur Gewinnung ärztlichen Assistenzpersonals geleistet.

Abteilung 3 (KBR), Ärztkammer Berlin

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
■ 06.06.–07.06.2014 oder 22.08.–23.08.2014 (Alternativtermine)	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Basiskurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 09.07.2014 oder 12.11.2014	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenlos	keine
■ 06.10.–08.10.2014	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	21 P
■ 08.10.–10.10.2014	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
■ 11.10.2014	Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
■ 17.10.–18.10.2014	Die ärztliche Kunst schlechte Nachrichten zu überbringen: Breaking Bad News – Aufbaukurs	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1209 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: 290 € Max. 15 Teilnehmer	17 P
■ 17./18.10.2014	Kurs zum Erwerb der Qualifikation Transfusionsbeauftragter sowie Transfusionsverantwortlicher (16. Std. Kurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel.: 030/40806-1401 E-Mail: r.drendel@aekb.de Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: h.daehne-noack@blutspende.de Tel: 030/80681-126 Teilnehmergebühr: 150 €	8 P pro Tag
■ 03.11.–12.11.2014 (Kursteil B1) 12.11.–21.11.2014 (Kursteil B2)	Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: Kurs B: 990 €, Kursteile B1, B2: 495 €	60 P pro Kursteil
■ 27.11.2014 28.11.2014	Spezialkurse im Strahlenschutz – bei Interventionsradiologie (IR) – bei CT	Spezialkurs IR: Noch offen Spezialkurs CT: Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 40806-1215 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: jeweils 155 €	jeweils 9 P
■ 28.11.–29.11.2014	3. Fortbildungskongress der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information: Tel. 030 / 40806-1205 Dr. med. H. Schaefer, Andrea Hofmann E-Mail: fortbildungskongress@aekb.de Teilnehmergebühr: 45 € Kammermitgl. 65 € Nichtkammermitglieder	vorauss. 12 P

Qualifikation Hygienebeauftragter Arzt/ Krankenhaushygieniker

Strukturierte curriculare Fortbildung „Krankenhaushygiene“

Die Ärztekammern Berlin, Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bieten die Qualifikationsmaßnahmen **Hygienebeauftragter Arzt / Krankenhaushygieniker** gemäß der *Strukturierten curricularen Fortbildung „Krankenhaushygiene“* der Bundesärztekammer (6 Module, 200 h) im Rahmen eines Verbundsystems an. Hierfür sind insgesamt zwei Durchläufe geplant. Die Teilnehmerplätze für den 1. Durchlauf sind bereits ausbuchung.

Für den 2. Durchlauf sind bereits folgende Termine geplant:

Modul II 23.-26.06.2014	Sächsische Landesärztekammer
Modul III 26.-29.01.2015	Landesärztekammer Thüringen
Modul V 29.02.-03.03.2016	Sächsische Landesärztekammer

Die Termine für die Module I (Qualifikation zum Hygienebeauftragten Arzt), IV und VI sind derzeit noch in der Planungsphase.

Die Teilnehmerzahl je Modul ist auf 40 begrenzt.

Berliner Kammermitglieder, die Interesse an der Teilnahme am 2. Durchlauf des Verbundsystems inkl. der oben genannten Termine haben, können sich bereits jetzt bei der zuständigen Ansprechpartnerin der Ärztekammer Berlin **Frau Zippel**, Telefon: **030 40806-1209**, s.zippel@aekb.de melden. Wir koordinieren dann für Sie die Teilnahme an den Modulen und informieren Sie, sobald die Terminplanung für die anderen Module abgeschlossen ist.

Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité – Universitätsmedizin Berlin Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 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 Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu erwerben.

Termine: Präsenzwoche 1: 08.09.-13.09.2014 / Woche 2: 13.10.-18.10.2014 / Woche 3: 17.11.-22.11.2014 (jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 40806-1402 (Organisation),
Tel.: 030 / 40806-1207 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2014@aekb.de

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der
Apothekerkammer Berlin

Sucht im höheren Lebensalter – eine Herausforderung für Apotheker und Ärzte

Die Probleme alkohol-, nikotin- und medikamentenabhängiger älterer Menschen erlangen, verstärkt durch die demographische Entwicklung und veränderte soziokulturelle Strukturen, eine immer größere Brisanz in Praxis und Apotheke. Zuweilen sind Ärzte und Apotheker die ersten Ansprechpartner für Betroffene, Angehörige und Pflegepersonal – oder aber sie sehen sich in der Verantwortung, ihrerseits die Initiative zu ergreifen und ein sehr persönliches Thema in geeigneter Weise anzusprechen.

Sucht ist eines der Syndrome in der Lebensphase nach Erwerbstätigkeit und Verantwortung für andere. Verlust an äußeren Strukturen, Menschen und Aufgaben lässt ältere Menschen gelegentlich zu suchtfördernden Substanzen greifen. Eine Sensibilität gegenüber erhöhten Risikofaktoren (wie Einsamkeit und Isolation, chronische Schmerzen und Multimorbidität), die Früherkennung von Formen der Sucht im Alter wie auch die spezifische Kenntnis von Substanzen mit hohem, oft unterschätztem Suchtpotenzial (vgl. PRISCUS-Liste) bilden wesentliche Voraussetzungen für eine fachgerechte Betreuung solcher Patienten. Eine wertvolle Abrundung erhält das ärztliche bzw. apothekerliche Handeln durch die Entwicklung von Strategien multiprofessioneller Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Kräften.

Die beiden Referenten möchten Ärzten und Apothekern Anregungen geben, wie sie Suchtprobleme bei Älteren erkennen können, wie sie zu vermeiden sein könnten und welche Möglichkeiten es gibt, diese Thematik anzusprechen. Es ist sinnvoll, Patienten auf die Wechsel der Lebensphasen frühzeitig vorzubereiten. Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für den Erfahrungsaustausch und die fachliche Diskussion.

Referenten:

Dr. rer. nat. Sebastian Diemert, Referent für Arzneimittelinformation und Pharmakovigilanz, Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, Geschäftsbereich Arzneimittel

Dr. med. Andreas Dieckmann, ehemaliger Suchtbeauftragter der Ärztekammer Berlin, Chefarzt der Vivantes Entwöhnungstherapie, Hartmut-Spittler-Fachklinik am Auguste-Viktoria-Klinikum, Berlin

Moderator:

Dr. med. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der Ärztekammer Berlin, Vorsitzender der Arzt-Apotheker-Kommission in der Ärztekammer Berlin

Termin: **Mittwoch, 18.06.2014**, 19:30 bis 21:30 Uhr

Ort: BITTE BEACHTEN

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

Anerkannt mit 2 Fortbildungspunkten – eine Anmeldung ist nicht erforderlich. Die Veranstaltung ist ein gemeinsames Projekt der Apothekerkammer Berlin und der Ärztekammer Berlin zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit.

Berliner Ärzte auch im Internet:

[www.berliner-aerzte.net!](http://www.berliner-aerzte.net)

Irren ist ärztlich – draus lernen auch

Patientensicherheit jetzt auch Thema des Krankenhaus-Reports

Wegen eines schweren, vermeidbaren PR-Fehlers der AOK verschwand eine sehr lesenswerte Publikation nach einem kurzen, heftigen Medien-Hype sofort wieder aus der öffentlichen Debatte; obwohl die Herausgeber und Autoren (darunter Berlins Kammerpräsident Jonitz) das wichtige Schwerpunktthema des neuen Krankenhaus-Reports, „Patientensicherheit“, fast durchweg sehr gut fundiert darstellen. Wir untersuchen hier das Zustandekommen und die Plausibilität der ominösen Schätzzahl – fast 19.000 tödliche Fehler jährlich in deutschen Krankenhäusern – an Texten aus dem Report 2014.

Den Medien wurde die Skandal-Zahl als neu und als quasi sicher gleich zu Anfang serviert. Das kam zum Beispiel so an: „Die zentrale Aussage des Reports: Bei jeder hundertsten Krankenhausbehandlung passiert ein Behandlungsfehler. Für jeden tausendsten Patienten ist der Fehler tödlich.“ Macht jedes Jahr in Deutschland etwa 19.000 Tote durch Fehler in Kliniken, „fünf Mal so viele wie es Verkehrstote gibt“, hieß es in der Tagesschau des Ersten.

Bundesärztekammerpräsident Montgomery sprach von „Tatarenmeldung“; der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Alfred Dänzer, von „wissentlicher Falschangabe“, wofür sich der AOK-Bundesverband zu entschuldigen habe. Wie und durch wen und in welchem Umfeld kam es zu dieser Schätzzahl und was ist von ihr zu halten, auch aufgrund der Lektüre des Krankenhaus-Reports 2014?

Vorweg aber ein Zitat, das mit Recht als „zentrale Aussage“ des Buches gelten kann: „Die Chancen für die Gesundheit der Krankenhauspatienten, die in einer durchgängigen Fehlervermeidung liegen, übersteigen bei weitem die zusätzlichen gesundheitlichen Chancen vieler neuer Therapieverfahren. Dieses Potential sollte möglichst schnell erkannt und ausgeschöpft werden“, schreibt einer der Herausgeber, der Mediziner und Gesundheitssystemforscher Max Geraedts (Univ. Witten-Herdecke).

Fast 100 000 Fehlertote in US-Kliniken?

Fehler im Gesundheitswesen, lange unter den Teppich gekehrt, wurden zu einem internationalen Thema erst seit 1999. Da publizierte das hoch angesehene US-„Institute of Medicine“ der „National Academies“ seinen vielbeachteten Bericht „To err is human. Building a safer health system“. Dort las man, mehr Leute stürben an medizinischen Fehlern als an Verkehrsunfällen, Brustkrebs oder AIDS. Es wurden Mortalitäts-Schätzzahlen genannt, die auch die Ärzte in Deutschland alarmierten, an der Spitze die Chirurgen.

Allein in den USA sollten jährlich bis zu 98 000 Patienten während ihres Krankenhausaufenthalts an Fehlern sterben. Bei der Eröffnung des Deutschen Kongresses für Chirurgie 2005 (der ebenso wie der diesjährige unter dem Leitthema Patientensicherheit stand) wiederholte der damalige Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Matthias Rothmund, die schockierende Zahl. Im Jahr zuvor hatten 600 Chirurgen im Klinikum Benjamin Franklin auf Initiative von dessen Chirurgie-Chef, Heinz J. Buhr, über ihre eigenen Behandlungsfehler diskutiert. Im selben Jahr 2004 hatte auch die Ärztekammer Berlin in ihr Haus geladen, nachdem sie bereits 2001 mit dem Titelthema „Fehlerquelle Mensch“ (BERLINER ÄRZTE 11/2001) auf „To err is human“ reagiert hatte. Zusammen mit dem AOK Bundes-

verband und der AOK Berlin organisierte sie einen Workshop über „Fehlervermeidung und Sicherheitskultur im Gesundheitswesen“. Dessen Tenor ist durch ein Zitat von Kammerpräsident Günther Jonitz gekennzeichnet: „Nicht wer ist schuld – sondern was war schuld?“ müsse man ermitteln, um weiteren Fehlern vorzubeugen. (Schuld sind ja sehr oft Organisations- und Kommunikationsmängel.) Zu den Hauptrednern gehörte auch der Baseler Anästhesist Daniel Scheidegger, ausgezeichnet 2003 mit dem von der Berliner Kammer und der AOK verliehenen Gesundheitspreis. Er und sein Team hatten nach dem Vorbild der Luftfahrt seit 1995 das erste Fehlervermeidungs- und Lernsystem entwickelt, das „Critical Incident Reporting System (CIRS)“. Und dabei war auch Matthias Schrappe, damals ärztlicher Direktor des Universitäts-Klinikums Marburg und Vorsitzender der „Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung“.

„Aktionsbündnis Patientensicherheit“ analysierte Zwischenfallzahlen

Schrappe nannte die bekannt gewordenen schweren Diagnose- und Behandlungsfehler die „Spitze des Eisbergs“. Ein Jahr später, 2005, wurde er (wie auch Jonitz) zum Mit-Initiator und zum ersten Vorsitzenden des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“. Das wurde zwar in Düsseldorf gegründet, die (selbst-)kritische Masse bildete sich aber in Berlin. Große Aufmerksamkeit fand das Bündnis, als es 2008 die Broschüre „Aus Fehlern lernen“ herausgab, in der prominente Ärzte und auch ein paar Pflegekräfte eigene Fehler schilderten – ein Tabubruch, der ihnen viel öffentliche Anerkennung einbrachte. Aber eine der ersten Aufgaben des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ war es, die Zahl der Zwischenfälle im Krankenhaus zu ermitteln. Eine Forschungsstelle des Bündnisses wertete die internationale wissenschaftliche Literatur zum Thema aus (unter 184 Studien fanden sich nur sieben deutsche). Das Ergebnis dieses systematischen

Reviews stellte es in der Agenda 2006 vor und griff in der Agenda des nächsten Jahres den vervollständigten Bericht noch einmal auf. (Zu den Agenda-Autoren gehörte auch Berlins Kammerpräsident.) Dort heißt es, „dass 5-10% der Krankenhauspatienten ein Unerwünschtes Ereignis erleiden, 2-4% ein Vermeidbares unerwünschtes Ereignis und 1% ein ‚negligent adverse event‘ (Behandlungsfehler)“ – gemäß der internationalen Terminologie. Außerdem liest man: „Die Analyse zeigt, dass mit der Annahme einer durch unerwünschte Ereignisse und vermeidbare unerwünschte Ereignisse bedingten Mortalität von 0,1% aller Krankenhauspatienten in Deutschland der Effekt mit Sicherheit nicht überschätzt wird. Bei jährlich 17 Millionen Krankenhauspatienten bedeutet dies für Deutschland 17 000 Todesfälle pro Jahr.“

Es fällt auf, dass hier vermeidbare (also fehlerbedingte und unvermeidbare Zwischenfälle zusammengefasst und die auf Verletzung der Sorgfaltspflicht beruhenden Fehler gar nicht mehr eigens erwähnt sind. Eine neue, breit angelegte deutsche Studie hielt die Arbeitsgruppe für unnötig, denn die Analyse aller Studien habe keine länderspezifische Verteilung der unerwünschten Ereignisse ergeben, auch nicht der tödlichen. Das Resultat der Literaturrecherche wurde auch vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ seinem Gutachten 2007 einverleibt.

Report mit veralteten und verzerrten Mortalitätszahlen

Der Krankenhaus-Report bezieht sich auf diese bejahrten Zahlen (die Studien erfasssten die Jahre 1995-2006), er schreibt die gesamte zwischenfallbedingte Mortalität Fehlern zu und rechnet sie wegen seither gestiegenen Fallzahlen auch noch hoch. Berücksichtigt wird nicht, dass es inzwischen eine Fülle von Sicherheits-Initiativen in den meisten Krankenhäusern gibt. So also entstand die Zahl 18 900 fehlerbedingter Todesfälle pro Jahr in deutschen Kliniken.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit steht noch heute zu seinen Berechnungen. Das sagte auf Anfrage sein derzeitiger Geschäftsführer Hardy Müller (Wiss. Institut der TK, Hamburg). „Vieles ist zwar verbessert worden, es existieren aber keine Studien, die Anlass gäben, diese Zahlen zu revidieren. Wir haben keine wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Häufigkeit von Fehlern.“ Damals habe es sich um sehr konservative Schätzungen an der untersten Grenze der Wahrscheinlichkeit gehandelt, und man müsse mit einer hohen Dunkelziffer rechnen. Zumindest lässt sich die Plausibilität der ominösen Zahl einschätzen: anhand einiger gut fundierter Kapitel aus dem Krankenhaus-Report. Am meisten passiert anscheinend in der Chirurgie, aber vielleicht ist dort auch nur die Relation Ursache-Wirkung am deutlichsten? Jedenfalls wird über unerwünschte OP-Folgen am meisten diskutiert, und wohl gerade deshalb nicht in diesem Report.

Fatale Verordnungsfehler

Nach der Operation ist die Medikation am häufigsten fehlerträchtig. Unerwünschte Ereignisse, die mit der Arzneimitteltherapie zusammenhängen, betreffen nach verschiedenen Metaanalysen etwa 5-15% aller Klinikpatienten, schreibt die klinische Pharmakologin Petra Thürmann (Wuppertal) im Report-Kapitel „Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus“. Nicht, dass Medikationsschäden auf die Klinik beschränkt wären: Für 4,8% der Patienten sind unerwünschte Arzneimittelwirkungen schon Einweisungsgrund (Blutungen durch Antikoagulanzen oder Thrombozyten-

aggregationshemmer, Elektrolytentgleisungen durch Diuretika, Exsikkose, Nierenversagen, gastrointestinale Ulzera und Blutungen durch nichtsteroidale Antirheumatika...). Soweit eine vielzitierte Metaanalyse. Der größere Teil der Arzneimittelschäden entsteht bei bestimmungsgemäßem Gebrauch, aber etwa 45% sind vermeidbar, weil durch Medikationsfehler entstanden. Bei älteren Krankenhauspatienten beträgt dieser Anteil sogar 71%. Stationäre Patienten sind in der Regel kränker, erhalten mehr Medikamente und sind einem höheren Risiko für UAW ausgesetzt. Zu den zwar seltenen, aber schwerwiegenden Fehlern gehören Applikationsirrtümer wie zum Beispiel die intrathekale Anwendung des hochtoxischen Vincristin oder Verwechslungen aufgezogener Arzneistoffe in der Intensivmedizin.

Die meisten Fehler, so betonte die Pharmakologin, entstehen aber bei der ärztlichen Verordnung (Übertragungsfehler, falsche Arzneimittelauswahl oder falsche Dosierung, nicht beachtete Kontraindikationen oder Interaktionen). Die „höchste Risikoquelle“ sei also der Arzt, auf seine korrekte Verordnung komme es vor allem an. Bestimmte, besonders riskante Medikamente werden nur stationär angewandt, und in der Klinik ist der Medikationsprozess durch seine Komplexität fehleranfälliger als in der Praxis. Der komplexe, oft schlecht koordinierte Klinikbetrieb selbst ist ohnehin fehlerträchtig. Nicht nur durch Mangel an Erfahrung, auch durch hohe Arbeitsbelastung und Müdigkeit, vor allem auch durch mangelhafte Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen entstehen Fehler, sagte Petra Thürmann.

ANZEIGE

Infektionen und Innovationen gefährden Patienten

Das gilt natürlich nicht nur für Fehler in der Arzneitherapie. Wie hoch die Zahl der Patienten ist, die an nosokomialen Infektionen sterben, ist ungewiss. Nach Schätzungen des „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ könnten es jährlich 10 000 bis 15 000 sein. Neueste Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene sprechen gar von 30 000 Toten. Petra Thürmann weist auf die Unsicherheit solcher Schätzzahlen (in Sachen Arzneimittelschäden) hin. Petra Gastmeier, Direktorin des Charité-Instituts für Hygiene und Umweltmedizin, nennt gar nicht erst solche Zahlen in ihrem Report-Kapitel. Sie weist aber darauf hin, dass sich die Zahl der Krankenhausinfektionen trotz aller Hygienevorschriften in den letzten Jahren kaum verändert hat. Vor allem breiten sich multiresistente Keime gefährlich aus. Den Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) bringen viele Patienten schon in die Klinik mit. Und dort ziehen sich etwa 3-4% der Patienten nosokomiale Infektionen zu: 25,7% postoperative Wundinfektionen, 24,9% Harnwegsinfektionen, 22,9% Atemwegsinfektionen...6,1% bekommen sogar eine primäre Sepsis.

Endogenbedingte Infektionen (Verschleppung körpereigener Erreger in sonst sterile Regionen wie Blase, Lungen, Blutbahn) lassen sich nur durch strenge Indikationsstellung für Katheter, Tubi usw. reduzieren. Körperfremde – exogene – Erreger werden nur selten (Viren) durch die Luft übertragen, vielmehr meist durchs medizinische Personal. Fände in mindestens 80% aller Tätigkeiten, die eine Händedesinfektion erfordern, diese auch statt, würden Erregerübertragungen weitgehend vermieden, schreibt Petra Gastmeier. Diese „Compliance-Rate“ von Ärzten und Pflegekräften liegt in deutschen Kliniken aber höchstens bei 50% – trotz der „Aktion Saubere Hände“.

Auch Regelungsdefizite sind fehlerträchtig. So haben wir noch immer einen Wildwuchs an neuen diagnostischen und therapeutischen Verfahren sowie unzulänglich geprüfter Medizinprodukte, die

ohne ausreichende Nutzen-/Schaden-Abwägung in die Routineversorgung gelangen. Ein Beispiel aus dem entsprechenden Report-Kapitel ist das Mitraclip-Verfahren, eine interventionelle Technik zur Behandlung der Mitralklappen-Insuffizienz mit Komplikationen bis hin zu Todesfällen. Ehe es zu einer bremsenden Richtlinie kommt (sie ist beim Gemeinsamen Bundesausschuss in Arbeit), dauert es durchschnittlich dreieinhalb Jahre. Die Autoren des Kapitels, Mechthild Schmedders und Klaus Döbler (GKV-Spitzenverband) bedauern, dass bei Innovationen noch immer „wirtschaftlichen Interessen von Herstellern und Leistungserbringern“ ein höheres Gewicht eingeräumt werde als der Patientensicherheit.

Mitmachen bei CIRS!

Jeder Arzt, jede Pflegekraft kann selbst viel für die Sicherheit der Patienten in Klinik und Praxis tun. Man braucht nur die Augen offen zu halten und dafür zu sorgen, dass aus Fehlern und Beinahe-Fehlern alle etwas lernen können. In diesem Blatt wurde über CIRS frühzeitig und wiederholt berichtet. Kein Wunder also, dass das Report-Kapitel „Sicherheitskultur und Berichts- und Lernsysteme“ aus der Ärztekammer Berlin kommt. Es stammt von Barbara Hoffmann (Abteilung Fortbildung/Qualitätssicherung) und vom Präsidenten Günther Jonitz (der in überregionalen Gremien für Qualitätssicherung und für Patientensicherheit führend tätig ist). Sie beschreiben die Grundlagen und Bedingungen einer Sicherheitskultur, die Ziele und die praktische Realisierung von Beinahe-Fehler-Berichtssystemen, ihre Stärken und Schwächen. Hier nur ein paar wichtige Punkte:

Freiwilligkeit, Sanktionsfreiheit und Anonymität: Es kommt nicht darauf an, wer an einem Fehler schuld ist, sondern was schuld war, dass er passieren konnte. Schuldzuweisungen an Einzelne führen nicht weiter, wohl aber die Analyse der Bedingungen, unter denen Fehler oder Fast-Fehler entstehen. Der Grund sind selten mangelnde fachliche Fähigkeiten, meist vielmehr schlechte Organisation,

Zusammenarbeit und Kommunikation. Schwachstellen, Schäden und Beinahe-Schäden sollten publik gemacht werden, damit alle aus Zwischenfällen und Fehlern lernen können. Voraussetzung hierfür ist ein gutes „Betriebsklima“, wie man früher sagte. Psychologen sprechen heute von „Organisationskultur“, in der auch Sicherheitskultur gedeihen kann: Ein durch Vertrauen geprägtes Klima fördert die Bereitschaft, über Fehler zu sprechen, sie zu analysieren und durch Veränderungen die Patientensicherheit zu steigern. Dass die Informationen über (latente) Fehler aus erster Hand kommen, ist ein großer Vorteil und eine Stärke von CIRS. Zu den Schwächen gehört die nur selektive Mitteilung unerwünschter Ereignisse; nosokomiale Infektionen zum Beispiel fehlen fast völlig. Und vielfach lässt die Berichtstätigkeit im Laufe der Zeit nach, besonders bei fehlender Reaktion auf die Mitteilungen.

Damit alle aus den Fehlern aller lernen können, gibt es auch klinikübergreifende oder regionale Berichtssysteme, darunter das „Netzwerk CIRS Berlin“, ein 2008 begonnenes Pilotprojekt. Da die Ärztekammer Berlin (zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin [ÄZQ]) Projektträger ist, dürfte es unseren Lesern bekannt sein. In BERLINER ÄRZTE 04/2014, S. 31-33 wurde über dieses Erfolgsmodell berichtet, mit Analyse eines Beispielfalls (siehe auch www.cirs-berlin.de).

Rosemarie Stein

Lesen Sie dazu auch das Feuilleton auf Seite 39.

Krankenhaus-Report 2014, Schwerpunkt Patientensicherheit, 528 S., 83 Abb., 64 Tab., Schattauer Stuttgart 2014, 56,60 Euro

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Heft 1/2014, mit dem Schwerpunkt Patientensicherheit.

Chirurgie auf dem langen Weg zur Evidenz

Patientensicherheit – *Primum nil nocere*“; „Chirurgische Heilkunst – von Empirie zu Evidenz“; „Panta rhei – Umdenken“; „Heilen zwischen Ratio und Humanität“. Das sind die Motti nur einiger der abwechselnd in Berlin und München stattfindenden großen deutschen Chirurgenkongresse unseres Jahrhunderts. Das Motto des neuesten hieß „Chirurgie zwischen Faszination, Mut und Demut“ (wobei uns besonders der Mut zur Demut imponierte). Die meisten dieser Tagungstitel könnten für die gesamte Medizin gelten. Deshalb ist das, was die Elite des Fachs an Programmatischem auf den chirurgischen Jahreskongressen kund und zu wissen gibt, für alle Ärzte von Interesse. Hier einiges, was uns auf dem 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie besonders auffiel.

Die Faszination der Chirurgie ist, trotz widriger Rahmenbedingungen, bei Ärzten wie Laien unverändert groß. Das Fach hat ungeahnte Fortschritte gemacht, lange Zeit auf rein empirischem Wege. Denn auf die Chirurgie trifft in besonderem Maße das zu, was für die Medizin als solche gilt: Sie selbst ist keine Wissenschaft, sondern nutzt für ihre praktischen Ziele Methoden und Erkenntnisse verschiedener natur-, sozial- und geisteswissenschaftlicher Disziplinen, mal mehr, mal weniger; die Chirurgie bislang eher weniger.

„... wir sind von gestern her und wissen nichts“ (Hiob 8.9)

Denn als akademisches Fach ist die Chirurgie mit ihrer hierin nur 150-jährigen Tradition vergleichsweise jung, sagte Joachim Jähne, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und ihres Jahreskongresses 2014. Wegen der oft ohne wissenschaftliches Fundament, nur mit Mut und Intuition erzielten Erfolge sei es aber zu „Allmachtsfantasien“ gekommen, „die eine kritische Infragestellung des Erreichten in den Hintergrund haben treten lassen“. Notwendig sei nun eine Rückbesinnung auf die eigenen chirurgischen Grenzen.

Jähnes Appell: „Nicht Fortschritt um jeden Preis, nicht Indikationsbeugung zum finanziellen Wohl des Krankenhauses, nicht Operieren um des Operie-

rens Willen sollen die Richtschnur unseres Tuns darstellen, sondern die Rückbesinnung auf unsere ureigenste Aufgabe als Arzt und Chirurg: „Primum nil nocere“.

Solche selbstkritischen Worte äußerte der Tagungspräsident nicht nur vor seinen Fachkollegen, sondern freimütig auch vor der Presse, was gut ankam. Fenster-, Sonntags-, Kongressreden ohne Konsequenzen? Mitnichten. Ums Nil nocere zum Beispiel bemühen sich die Chirurgen in mehrfacher Weise: durch aktive Mitarbeit im Aktionsbündnis Patientensicherheit zum Beispiel und

durch ihre energischen Bestrebungen, die Chirurgie stärker als bisher auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen, ohne den hohen Wert chirurgischer Erfahrungen zu verkennen.

Mehr Mut zu Studien!

Deutschland bildet das Schlusslicht in der klinischen Forschung, wurde auf dem Kongress beklagt; von brauchbaren chirurgischen Studien ganz zu schweigen, die den Nutzen unterschiedlicher Eingriffe oder gar operativer und konservativer Therapien vergleichen. Sogar zur Ermittlung des Status quo müssen wir auf ausländische Ergebnisse zurückgreifen. Und das Fehlen obligatorischer Untersuchungen des Nutzens und Schadens von Medizinprodukten wurde auch hier als Skandal bezeichnet. Von „Schrott im Körper“ sprach Hans-Joachim Meyer, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, angesichts diverser Implantatskandale.

Meyer verwies auch auf amerikanische und niederländische Untersuchungen, wonach 30 bis 40 Prozent der Patienten nicht so behandelt wurden, wie es nach wissenschaftlichen Erkenntnissen am besten für sie gewesen wäre. Etwa jeder vierte hatte sogar eine überflüssige Therapie erhalten. „Mehr Mut zu

Mut zum OP-Verzicht

Diese Ratschläge erteilte Kongresspräsident Jähne selbst: Ein schmerzloser Leistenbruch mit nur geringem Einklemmungsrisiko muss nicht operiert werden.

Eine Divertikulitis des Dickdarms erfordert keinen Eingriff, außer bei Komplikationen.

Zurückhaltung bei Kniegelenkspiegelungen! Sie haben häufig nur einen Placeboeffekt, wie Studien belegen.

Gelenkimplantate (Hüfte!) lassen sich durch Gewichtsreduktion und Radfahren oft verhindern, zumindest aufschieben.

Auch ein schmerzhafter Diskusprolaps erfordert keineswegs immer einen Eingriff. Physiotherapie und Analgetika helfen oft auch.

Noch ein paar Tipps von Kongressreferenten:

Nicht jede Struma muss operativ behandelt werden, und wenn, dann muss nicht immer gleich die ganze Schilddrüse dran glauben.

Eine einzige Antibiotika-Gabe reicht bei Operationen unter drei Stunden aus. Und ja keine Antibiotika prophylaktisch nach dem Eingriff geben!

Studien in der Chirurgie!“ ermunterte Meyer seine Kollegen. Er weiß, dass die Akzeptanz der evidenzbasierten Medizin auch unter Chirurgen wächst. „Trotzdem basieren weiterhin nur 24 Prozent aller chirurgischen Therapiemaßnahmen auf den Resultaten randomisierter kontrollierter Studien, und lediglich etwa vier Prozent aller solcher publizierter Studien

vergleichen unterschiedliche chirurgische Maßnahmen“, berichtet Meyer.

Solche methodisch hochwertigen Studien sind in der Chirurgie allerdings noch viel schwieriger zu realisieren als in der Pharmakotherapie. Und Untersuchungen zur Indikationsqualität gibt es hier überhaupt noch nicht, teilte der

Generalsekretär auf Anfrage von BERLINER ÄRZTE mit – obwohl, wie Präsident Jähne hervorhob, in der Chirurgie die Indikationsstellung am fehleranfälligen ist und nicht, was Laien meist glauben, die Operationstechnik. Auch die Langzeitergebnisse chirurgischer Behandlungen (idealerweise ver-

ANZEIGE

sus konservativer Verfahren) wären dringend zu erforschen. Denn nur, wenn der Chirurg sie fundiert abschätzen kann, ist er in der Lage, den Patienten vor einer potentiellen Operation kompetent aufzuklären und zu beraten, stellte Jähne fest. Einig ist er sich darin mit Edmund Neugebauer, Direktor des Instituts für Forschung in der operativen Medizin der Universität Witten/Herdecke. Denn Langzeitergebnisse können erheblich anders aussehen als die Ergebnisse kurz nach einem Eingriff oder gar im artifiziellen Setting einer Studie.

Es gilt also, große Forschungsprobleme zu lösen, wie sie auf dem Berliner Kongress immer wieder thematisiert wurden. Die hierfür notwendigen Strukturen, Kompetenzen und Ressourcen für eine unabhängige chirurgische Forschung mussten jedoch erst einmal geschaffen werden und sind teilweise noch im Aufbau. Aber das chirurgische Studienzentrum und das Forschungsnetzwerk Chir-Net arbeiten seit Jahren (siehe Kasten).

Zunächst beschränkte man sich dort auf leichter lösbare Detailfragen wie etwa die, ob bestimmte Operationswunden geklammert oder genäht werden sollten, oder ob bakteriell beschichtetes Nahtmaterial die Rate der Wundinfektionen nach großen Bauch-, vor allem Darmeingriffen herabsetzen kann, die etwa bei zwölf Prozent der Operierten auftreten.

Ein vorbildliches Projekt

Diese Studie ist samt Ergebnis und Publikation exemplarisch, weshalb wir sie uns näher ansehen: Von zwei sonst gleichen Kunststoff-Fäden war einer mit Tricosan beschichtet, ohne dass sich dies erkennen ließ. Also war eine Doppelblindstudie zum Vergleich möglich, genannt PROUD (Prevention of Abdominal Wound Infection). Begonnen wurde dieser Versuch des chirurgischen Studienzentrums 2010 in der Heidelberger Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie von deren Leiter Marcus Büchler und seinem Team. Schließlich beteiligten sich 24 Kliniken

Chirurgisches Studienzentrum und Forschungsnetz

Im Jahre 2003 gründete die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie ihr Studienzentrum, um dem eklatanten Mangel an hochwertigen klinischen Chirurgie-Studien in Deutschland zu begegnen. Dabei geht es nicht nur um randomisierte kontrollierte Studien – „Goldstandard“ –, sondern auch um systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) und Metaanalysen. Aufgabe des Zentrums ist es, neben Methodenentwicklung, Fortbildung und Qualitätssicherung vor allem, die forschenden oder forschungsinteressierten Chirurgen bei der Planung, Ausführung und Verbreitung solcher Arbeiten zu unterstützen.

Mit dem an der Universität Heidelberg angesiedelten Studienzentrum kooperieren unter anderem bislang acht Regionalzentren (Kiel/Lübeck, Berlin, Göttingen, Marburg, Witten/Herdecke-Köln, Mainz, Heidelberg, München). Ebenso wie das Studienzentrum selbst werden sie (einzeln) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Sie bilden ein Netzwerk, das Chir-Net, das die nötige Infrastruktur für Multicenterstudien bietet. An ihnen sind aber auch zahlreiche andere chirurgische Kliniken beteiligt. Seit Gründung des Heidelberger Studienzentrums steht die 16. Studie vor dem Start. Von vier Studien wurden bereits die Ergebnisse veröffentlicht. Auch alle Studienprotokolle werden publiziert.

Ärztlicher Leiter des Studienzentrums der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie ist PD Dr. Markus K. Diener, Telefon 06221 566986, E-Mail sdgc@med.uni-heidelberg.de

Sprecher des Chir-Net ist PD Dr. Jens Neudecker, Chirurgisches Regionalzentrum Berlin (Charité), Telefon 030 45052-2132, E-Mail crzberlin@charite.de

mit 1.200 Patienten, wie Marcus Diener, Ärztlicher Leiter des Zentrums, berichtet.

Ende 2013 war man mit dem Follow-up fertig. Im Gegensatz zu anderen – monozentrischen – Studien ergab sich bei dieser (im „Lancet“ publizierten) Multicenterstudie kein Rückgang der Wundinfektion bei den mit beschichteten Fäden genähten Operierten. Als Infektionsrisiken erwiesen sich internistische Begleitkrankheiten, versäumte Antibiotika-Prophylaxe und nähende Assistenzärzte. Meyer zu BERLINER ÄRZTE: „Ich war von Anfang an skeptisch. Wenn man ordentlich arbeitet, ist eine Beschichtung des Nahtmaterials nicht nötig.“

Und Diener fragt sich nun: „Wenn die Ergebnisse so klar auf der Hand liegen – warum gibt es dann noch so viele Abnehmer für das beschichtete Nahtmaterial?“ Vielleicht weil Chirurgen und Klinik-Einkäufer statt des „Lancet“ die Hochglanzbroschüren der Faden-Firma lesen? Deren Name stand übrigens auf

den meisten projizierten Vortragsillustrationen und auf allen Halsbändern der Kongressteilnehmer für deren Namensschilder.

Gerade deshalb darf man den chirurgischen Forschern zu ihrer Unabhängigkeit gratulieren. Sie können stolz sein auf PROUD, denn sie haben die organisationsintensive Multicenterstudie nicht nur unfallfrei durchgezogen, sondern auch prominent publiziert; ungeachtet der enttäuschenden Resultate für den Firmenkonzern, der diese Studie anregte und finanziell förderte.

„Wir müssen wegkommen von den Industriestudien“, hieß es in der Diskussion. „Und“ – so Neudecker – „wir müssen aufpassen, dass wir unabhängig bleiben.“

Rosemarie Stein

Herzlichen Glückwunsch zur bestandenen Prüfung!

Bestandene Facharztprüfungen März und April 2014 *

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Stefan Josef Angermair	FA Anästhesiologie	07.04.14
Fabian Baumann	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.04.14
Dr. med. Alexandra Bergbauer	FA Innere Medizin	12.03.14
Jens Bickelmayer	FA Anästhesiologie	07.04.14
Dr. med. Mathias Bock	FA Innere Medizin	30.04.14
Thomas Böhme	FA Allgemeinmedizin	08.04.14
Juliane Brandt	FA Anästhesiologie	17.03.14
Saskia Brandt-Kuno	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.03.14
Dr. med. Anne-Kristin Brocke	FA Innere Medizin	29.04.14
Nina Brückner	FA Innere Medizin und Geriatrie	30.04.14
Dr. med. univ. Eva Buschmann	FA Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie	05.03.14
Dott. Gianluca De Santo	FA Allgemeine Chirurgie	01.04.14
Anandi Depiereux	FA Radiologie	26.03.14
Dr. med. Jan Christian Dieckhöfer	FA Kinder- und Jugendmedizin	02.04.14
Serkan Dogangüzel	FA Radiologie	28.04.14
Inka Drechsler	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	19.03.14
Dr. med. Iris Dressler	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.04.14
Dr. med. Doreen Drews	FA Innere Medizin	30.04.14
Dr. med. Tahir Durmus	FA Radiologie	26.03.14
Eugen Eliasch	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	29.04.14
Smaragda Elstermann von Elster	FA Allgemeinmedizin	06.03.14
Katharina Faust	FA Neurochirurgie	25.03.14
Dr. med. Hendrik Feller	FA Innere Medizin	26.03.14
Jens Christian Fischer	FA Radiologie	02.04.14
Stefanie Frank	FA Innere Medizin	30.04.14
Dr. med. Andreas Franke	FA Radiologie	26.03.14
Dr. med. Dietmar Frey	FA Neurochirurgie	25.03.14
Dr. med. Clemens Fritsche	FA Innere Medizin und Kardiologie	05.03.14
Anastasia Frühauf	FA Allgemeinmedizin	06.03.14
Dr. med. Stephan Fuhrmann	FA Innere Medizin	09.04.14
Dr. med. Johannes Gonnermann	FA Augenheilkunde	19.03.14
Dr. med. Stefan Gutwinski	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.03.14
Andrea Halm	FA Radiologie	28.04.14
Dr. med. Florian Hammer	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.04.14
Dr. med. David Hardung	FA Innere Medizin und Angiologie	02.04.14
Dr. med. Tomas Harenberg	FA Allgemeine Chirurgie	01.04.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Sissel Hartlieb-Mund	FA Radiologie	30.04.14
Dr. med. Marina Heise	FA Neurologie	18.03.14
Dr. med. univ. Nina Hewing	FA Augenheilkunde	19.03.14
Dr. med. Andreas Horn	FA Innere Medizin	30.04.14
Dr. med. Sebastian Horowski	FA Innere Medizin	26.03.14
Julia Hübner	FA Allgemeinmedizin	08.04.14
Dr. med. Timo Jerichow	FA Innere Medizin und Kardiologie	02.04.14
Dr. med. Marcel Kaczinski	FA Innere Medizin	29.04.14
Dr. med. Dina Jasmin Kadir	FA Innere Medizin	12.03.14
Barbara Keller	FA Psychiatrie und Psychotherapie	25.03.14
Anna Katharina Kieslich	FA Allgemeine Chirurgie	01.04.14
Dr. med. Lisa Kirjalainen	FA Radiologie	28.04.14
Matthias Klamann	FA Augenheilkunde	19.03.14
Dr. med. Michaela Krohn	FA Radiologie	28.04.14
Souran Kurdpour	FA Radiologie	02.04.14
Dr. med. univ. Lorenz Küssel	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.04.14
Daniela Langhans	FA Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.03.14
Dr. med. Verena Lemke	FA Allgemeinmedizin	06.03.14
Hans-Georg Liesaus	FA Gefäßchirurgie	20.03.14
Dr. med. Michael Ludwig	FA Innere Medizin	09.04.14
Dr. med. Michael Metzner	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.03.14
Dr. med. Jana Meyerrose	FA Allgemeinmedizin	29.04.14
Christine Müller	FA Allgemeine Chirurgie	29.04.14
Dr. med. Johann Müller	FA Radiologie	30.04.14
Dr. med. Hendrik Müller-Ide	FA Innere Medizin	12.03.14
Alicia Neubeiser	FA Physikalische und Rehabilitative Medizin	25.03.14
Morteza Niaty	FA Augenheilkunde	19.03.14
Dr. med. Annika Nietzel	FA Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	30.04.14
Dr. med. Matylida Nosul	FA Innere Medizin und Geriatrie	09.04.14
Caroline Pristaff	FA Haut- und Geschlechtskrankheiten	02.04.14
Nora Profft	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.04.14
Dejan Radjenovic	FA Orthopädie und Unfallchirurgie	18.03.14
Priv.-Doz. Dr. med. Wieland Raue	FA Viszeralchirurgie	11.03.14
Dr. med. Anne Reichert	FA Kinder- und Jugendmedizin	02.04.14
Kathrin Riemann	FA Anästhesiologie	07.04.14

Name Antragsteller	WbO Beschreibung	Prüfungs-/ Entscheidungs- datum
Dr. med. Leonard Rosenfeld	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.04.14
Dr. med. Oskar Rückbeil	FA Viszeralchirurgie	20.03.14
Natalie Sauer	FA Allgemeinmedizin	29.04.14
Dr. med. Michael Scheel	FA Radiologie	02.04.14
Dr. med. Franziska Scheibe	FA Neurologie	01.04.14
Sarah Scheiner	FA Allgemeinmedizin	08.04.14
Dr. med. René Schilling	FA Radiologie	30.04.14
Stephanie Schilling	FA Anästhesiologie	07.04.14
Aurely-Lorena Schiefers	FA Allgemeine Chirurgie	29.04.14
Dr. med. Christoph Schmöcker	FA Innere Medizin	12.03.14
Dr. med. Philip Scholz	FA Innere Medizin	29.04.14
Malgorzata Schram	FA Anästhesiologie	17.03.14
Dr. med. Jennyver-Tabea Schröder	FA Kinderchirurgie	01.04.14
Beate Schwarz	FA Viszeralchirurgie	20.03.14
Jasmin Renate Shaltout	FA Innere Medizin	26.03.14
Ulf Simon	FA Innere Medizin	09.04.14
Dott. Salvatore Solinas	FA Innere Medizin	09.04.14
Dr. med. Daniel Sowa	FA Kinder- und Jugendmedizin	16.04.14
Dr. med. Christoph Spengler	FA Allgemeinmedizin	29.04.14
Jochen Stappert	FA Psychiatrie und Psychotherapie	15.04.14
Jens Stegemann	FA Innere Medizin und Angiologie	02.04.14
Andrea Sturm	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.04.14
Dr. med. Thi Minh Ta	FA Psychiatrie und Psychotherapie	30.04.14
Dr. med. Usan Thanabalasingam	FA Innere Medizin und Kardiologie	05.03.14
Dr. med. Alexander Tipp	FA Anästhesiologie	17.03.14
Dr. med. Heike Unterhauser- Chwastek	FA Neurochirurgie	03.04.14
Dr. med. Christian von der Brelie	FA Neurochirurgie	03.04.14
Silke von Heymann	FA Allgemeinmedizin	08.04.14
Dr. med. Joachim Weber	FA Neurologie	01.04.14
Hanna Weise	FA Allgemeinmedizin	06.03.14
Dr. med. univ. Marlene Winklinger	FA Frauenheilkunde und Geburtshilfe	09.04.14
Kirsten Winter	FA Innere Medizin	26.03.14
Dr. med. Christian Wit	FA Viszeralchirurgie	11.03.14
Imke Friederike Witt	FA Kinder- und Jugendmedizin	05.03.14
Dr. med. Maike Karen Wolf	FA Psychiatrie und Psychotherapie	15.04.14
Katharina Wulff	FA Innere Medizin	29.04.14
Aykut Yilmaz	FA Plastische und Ästhetische Chirurgie	29.04.14

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

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Falsche Seitenmarkierung

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. Insbesondere praktische Hinweise und bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Beinahe-Schäden werden im Anwender-Forum des Netzwerks ausgetauscht.

Aus einer orthopädischen Abteilung berichtet ein/e Pflegende/r:

Ca. 50-jähriger Patient kam in den Saal, hatte vorher auf Befragen durch die Anästhesie angegeben, dass das *rechte* Bein operiert werden soll (die Checkliste wurde vom Anästhesie-Team eingesetzt; zu ihr gehört die Befragung des Patienten). Beim Lagern und Abdecken fiel auf, dass das *linke* Bein strumpffrei und markiert war (so als ob dieses zu operieren sei). Am zu operierenden Bein war der Strumpf jedoch angezogen. Von den Operateuren im Saal wurde dann sichergestellt, dass das rechte und damit auch das richtige Bein operiert wurde (OP-Einwilligung war nicht bei den Patientenunterlagen). Nach Einschätzung des/r Berichtenden tritt ein solches Ereignis etwa jährlich auf.

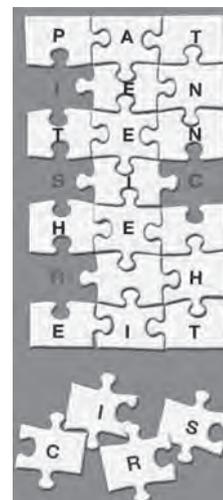
Vermutlich lag hier der Fehler u. a. auf der Station: Die OP-Einwilligung lag nicht vor. Vielleicht war der Operateur, der erst im Einleitungsraum des OP die Markierung angebracht hatte, außerdem abgelenkt oder aus anderen Gründen nicht aufmerksam genug. Korrekterweise sollte die Markierung bereits bei der OP-Vorbereitung des Patienten auf der Station mit alle notwendigen Unterlagen erfolgen.

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

Gut, dass der Patient gefragt worden ist! Jedenfalls hat im berichteten Fall die

Sicherheitsbarriere einer Checkliste geholfen, um die Seitenverwechslung zu verhindern. Die OP-Einwilligung lag erst sehr spät vor – der Operateur brachte sie in den OP mit, als der Patient nach Anästhesieeinleitung bereits in den Saal gefahren worden war.

In diesem Fall geht es auch um das Zusammenspiel Praxis – Krankenhaus: Liegen alle Informationen und Dokumente aus der Praxis in der Klinik vor, wenn der OP-Plan geschrieben bzw. wenn der Patient aufgenommen wird? Um die Checkliste (auf Station, in der Schleuse etc.) einsetzen und die Seitenbezeichnungen (rechts/links) abgleichen zu können, müssen diese Unterlagen vorhanden sein. Die beste Checkliste führt zu keinerlei Qualitätsgewinn oder Sicherheitszuwachs, wenn sie nicht benutzt wird. Es ist die Aufgabe aller Prozessbeteiligten und insbesondere der Führungskräfte sich aktiv gegenseitig zu motivieren, zu erinnern, ggf. nachzufragen und zu kontrollieren und bestehende Checklisten vollständig abzarbeiten. Checklisten sind jedoch nicht statisch. Sie entheben den Anwender nicht der kritischen Reflexion. Im Zuge eines ständigen Verbesserungsprozesses sind Checklisten in regelmäßigen Zeitabständen zu prüfen: Erreicht die Checkliste noch die Ziele, für die diese Checkliste einmal erarbeitet wurde, oder muss die Checkliste an geänderte Bedingungen angepasst werden?



Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Schon vor der Einführung einer **Checkliste** sollte folgendes beachtet werden: Die Compliance der Teammitglieder mit einer Checkliste und damit deren erfolgreiche Implementierung ist höher, wenn die **Einführung und Anpassung interdisziplinär** erfolgt und die **Teammitglieder mit einbezogen** werden.¹

Allein oder in Verbindung mit einer Checkliste zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen kann das sogenannte **Team-Time-Out** eingesetzt werden:

Fachgruppenübergreifend und unabhängig voneinander nennen vor Operationsbeginn

- der Operateur,
 - der Anästhesist,
 - die instrumentierende chirurgische Pflegekraft,
 - die anästhesiologische Pflegekraft
- den Namen des Patienten, die anstehende Operation, die zu operierende Seite des Patienten, die Vollständigkeit des Operationsbestecks, vorhersehbare kritische Ereignisse etc.²

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 104730 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

¹ Bezzola P, Hochreutener M.A., Schwappach D. Operation Sichere Chirurgie: Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur - Team - Tools. Zürich; 2012. Schriftenreihe 5.

² Z. B. als Teil der Checkliste Sichere Chirurgie unter <http://www.dgch.de/fileadmin/media/pdf/dgch/Sicherheitschecklist.pdf>.

„Deutschland misshandelt seine Kinder“ – Eine notwendige Erwiderung

Am 31. Januar 2014 erschien im Droemer Verlag das Buch „Deutschland misshandelt seine Kinder“ der beiden Berliner Rechtsmediziner Michael Tsokos und Saskia Guddat (jetzt Etzold). Diese Buchveröffentlichung wurde sehr medienwirksam durch Auftritte beider Autoren im ZDF und in der Bundespressekonferenz begleitet. Die beiden Autoren bezeichnen dieses mit Hilfe eines Tagespiegelredakteurs als Ghostwriter verfasste Buch als eine „Streitschrift“ (Seite 14). Eine Streitschrift entbindet wissenschaftliche Autoren nicht davon Sachargumente zu verwenden. Aber daran fehlt es durchgehend. Die persönliche Betroffenheit der beiden „Herausgeber“, denn von Autoren kann man ja nicht im eigentlichen, wissenschaftlich verantwortlichen Sinn sprechen, ist der Leitfaden dieses Buches. In 12 Kapiteln erfolgt anhand von persönlich erlebten dramatischen Einzelschicksalen ein pauschaler Rundumschlag mit Schuldzuweisungen an Kinderärzte, Sozialpädagogen und Richter mit Ausnahme natürlich der Rechtsmediziner, welche: (Zitat Der Tagesspiegel Nr. 21 944 vom 31.01.2014) „Für Michael Tsokos die einzigen Anwälte der misshandelten Kinder“ sind und wie es im Kapitel 2 des Buches exemplifiziert wird. In den weiteren Kapiteln versuchen die Herausgeber an weiteren dramatischen Fällen von Kindesmisshandlungen eine systematische Analyse und Kritik des bundesdeutschen Hilfesystems, scheitern aber an der selbst auferlegten Perspektive der Schuldzuweisungen.

So wird im Kapitel 5 mit der Überschrift „Das Schweigen der Ärzte“ zur Berufsgruppe der Kinder- und Jugendärzte zusammenfassend ausgeführt:

„Gleichwohl zweifeln die Kinder- und Jugendärzte nur äußerst selten die Erklärungen der Eltern an. Sie verarzten die kleinen Opfer oder überweisen sie er-

forderlichenfalls in die Unfallklinik - darüber hinaus unternehmen sie nichts. So werden tagtäglich Hunderte misshandelter Kinder wieder in die Hände ihrer Peiniger übergeben, mit aktiver Beihilfe der Ärzte oder zumindest mit ihrer stillschweigenden Duldung“ (Seite 146).

Angesichts des gerade im Dezember 2013 von unserem Kollegen Dr. Grundhewer für die DAKJ veröffentlichten Praxisleitfadens Kindsmisshandlung und des besonderen Engagement der Kinderärzte bundesweit ist eine solche Aussage geradezu ehrabschneidend für eine ganze Berufsgruppe.

Gleiches könnte man zu den Sozialpädagogen der deutschen Jugendämter sagen, die von den Autoren in der Kapitelüberschrift „Komplizen der Misshandler“ (Seite 104) beschrieben werden. Dazu passt als Tenor die bewusste sprachliche Verunglimpfung der Jugendhilfe als sog. „Wächter des Kindeswohls“, die ihre „vermeintlichen Schützlinge tausendfach im Stich lassen“ (Seite 14). Die Herausgeber ignorieren den mit dem KJHG 1991 herbeigeführten Paradigmenwechsel in der Jugendhilfe, der gerade mit dem Begriff der Kindeswohlgefährdung einen Tatbestand geschaffen hat, der es professionellen Helfern erlaubt, familienrechtlich früh einzugreifen zum Schutz von Kindern, ohne dass erst ein schuldhaftes Handeln der Eltern nachgewiesen wurde. Das passt so gar nicht zur Law and Order-Argumentation der Herausgeber und zu ihrer wiederholt zitierten „zero tolerance“ gegenüber Kindesmisshandlern und ihren professionellen Helfeshelfern.

Lediglich in dem Kapitel zur rechtlichen Situation im Umgang mit Kindeswohlgefährdung scheint die Fachkompetenz der beiden Rechtsmediziner durch, auch wenn sie den Akzent sehr einseitig auf polizeiliche Ermittlungen und wenig auf

Analyse der sozialen und familiären Faktoren legen.

Der zum Schluss im Kapitel 11 zusammengestellte Forderungskatalog wiederholt gebetsmühlenartig das „Null Toleranz“-Konzept (Seite 231) und plädiert für eine striktere Validierung der bundesweit eingesetzten Hilfsmittel, was ich uneingeschränkt unterstütze. Leider gipfeln die weiteren Empfehlungen unter der Überschrift „Ahnungslose Entscheider aufklären“ in einer vermehrten Schulung aller dieser ahnungslosen Ärztinnen und Ärzte durch die Rechtsmedizin (Seite 235 – 238) und fordern zudem eine gesetzlich verbindliche ärztliche Reaktionspflicht bei Verdacht auf Kindesmisshandlung. Den rechtsmedizinischen Herausgebern ist offensichtlich entgangen, dass Letzteres bereits mit Wirkung vom 01.01.2012 mit der Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger im neuen Bundeskinderschutzgesetz (§ 4 KKG – E) bundesweit umgesetzt wurde. Von allen Experten wurde der Weg der Befugnisnorm als sinnvoll angesehen, weil die internationalen Erfahrungen mit Zwangsmeldungen wie bei Fällen häuslicher Gewalt in Großbritannien gezeigt haben, dass das Gegenteil des Beabsichtigten eintritt, nämlich ein Rückgang der Meldungen von Laienseite, was die Kinder eher mehr gefährdet.

Die als Lösungsvorschläge formulierten Abschlusskapitel lesen sich wie die Wochenendbeilage einer großen Tageszeitung: wenn alles im Sozial- und Bildungswesen so organisiert wäre wie in Skandinavien, (Seite 245) gäbe es viele der Kindesmisshandlungen in Deutschland nicht. Mir sind aus den zurückliegenden sieben Jahren seit Gründung des primärpräventiven und protektiven „Netzwerkes Kinderschutz in Berlin“ auf Beschluss des Abgeordnetenhauses von Berlin keine Fachveröffentlichung der beiden Rechtsmediziner zu Fragen der Kitaaqualität oder Ausbildung von Erzieherinnen bekannt geworden, sodass ich diese allgemeinen Ratschläge in die Rubrik „Feuilleton“ einsortieren würde.

Beim sehr knappen Literaturverzeichnis hätte man sich gewünscht, dass das hervorragende deutschsprachige Fachbuch

zum Thema „Kindesmisshandlung“ von Herrmann, Dettmeyer, Banaschak und Thyen aus dem Springer-Verlag in seiner aktualisierten 2. Auflage von 2010 zitiert wäre und nicht in der vergriffenen Erstauflage von 2008. Dieses Lehrbuch ist für jeden, der sich beruflich mit dem Thema beschäftigt, unverzichtbar.

In der Gesamtschau ein unnötig provozierendes Buch, das grundlegende Entwicklungen der verbesserten Zusammenarbeit von Gesundheitshilfe, Jugendhilfe und Suchthilfe in den zurückliegenden Jahren in ganz Deutschland ignoriert und für sein Fach eine Deutungshoheit postuliert, die allen Erfahrungen einer fach- und sektorenübergreifenden Kooperation

zum Wohle vernachlässigter und miss-handelter Kinder widerspricht. Rechtsmediziner anderer Bundesländer wie Niedersachsen, Bayern oder NRW bieten zum gleichen Thema allen Professionen direkte oder telemedizinische konsiliarische Hilfen an ohne Diffamierung irgendeiner Berufsgruppe. Haben die Berliner Herausgeber Angst, zu spät zu kommen und müssen deshalb so schreien? Es wird in Berlin schwierig sein, ein systematisches Fehlermanagement und ein Lernen aus problematischen Kinderschutzfällen zu etablieren nach den Empfehlungen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfe, wenn maßgebliche Mitstreiter dieses nur unter dem Gesichtspunkt der Schuldzuweisung be-

treiben wollen. Die Ärztekammer Berlin setzt in ihren Fortbildungen zum Thema Kindesmisshandlung mit Vorstandsbeschluss vom September 2011 jährlich 5000 Euro ein für eine fach- und ressortübergreifende Kooperation von Gesundheitswesen und Jugendhilfe in Berlin und für ein systematisches Fehlermanagement nach heutigem wissenschaftlichen Standard.

Dr. Matthias Brockstedt, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses der ÄKB
 Ärztlicher Leiter Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Mitte
 Vertreter der KJGDs in der Projektgruppe
 Netzwerk Kinderschutz Berlin

Patientensicherheit und Arzthaftung – eine neue Fortbildung der Ärztekammer Berlin

Patientensicherheit ist ein elementarer Aspekt jeder ärztlichen Tätigkeit und eng verknüpft mit ärztlicher Haftpflicht. Das von der Ärztekammer Berlin neu angebotene vierteilige Seminar vermittelt dazu Grundkenntnisse der Patientensicherheit und des klinischen Risikomanagements sowie Möglichkeiten eines adäquaten Verhaltens nach einem Behandlungsfehler. Es berücksichtigt die Regelungen des neuen Patientenrechtgesetzes ebenso wie aktuelle und evidenzbasierte Maßnahmen, um Behandlungsfehler zu vermeiden.

Wichtigstes Lernziel der interaktiv und mit vielen Fallbeispielen gestalteten Fortbildung ist es, sinnvolle Strategien zur Vermeidung von Behandlungsfehlern einsetzen zu können. Im Falle eines Behandlungsfehlers bzw. beim Vorwurf eines solchen sollen Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss des Seminars sicher und angemessen reagieren und zur Schadensbegrenzung beim Patienten, bei sich selbst und bei der Organisation (Praxis, Klinik)

beitragen können. Erstmals wird dieses Seminar ab November 2014 angeboten.

Der Kurs beginnt mit einer Einführung in die Thematik; dies erfolgt im Rahmen eines E-Learning-Moduls (Teil 1), in dem die Teilnehmenden zu einem von ihnen gewählten Zeitpunkt **Grundkenntnisse der Patientensicherheit** erwerben. Die Kursabschnitte 2 bis 4 folgen in etwa 4-6 wöchigen Abständen jeweils von Freitag 13 bis 19 Uhr und Samstag von 9 bis 15 Uhr.

Kursteil 2 beschäftigt sich mit der **Entstehung von Behandlungsfehlern und den Grundlagen der Arzthaftung**. Dabei werden Probleme der Wahrnehmung mit ihren Fehlermöglichkeiten und individuelle, Team-, Organisations- und andere Faktoren behandelt, die Ursachen unerwünschter Ereignisse werden können. Zusätzlich werden Grundkenntnisse der Arzthaftung und der verschiedenen Behandlungsfehlertypen vermittelt.

Kursteil 3 steht unter dem Thema **Praxis des Fehlermanagements**: Was tun, wenn

ein Behandlungsfehler unterlaufen ist? Es werden Strategien des Fehlermanagements erarbeitet, der Umgang mit emotionalen Reaktionen nach einem Zwischenfall behandelt sowie Möglichkeiten der Kommunikation im Team aufgezeigt. Ein wichtiger Bestandteil dieses Abschnitts sind die rechtlichen und praktischen Aspekte der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen. Hier wird mit Simulationspatienten geübt, wie man mit Patienten nach einem Zwischenfall sprechen sollte.

Im Kursteil 4 wird die Frage **„Was muss, was sollte ich tun, wenn mir ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird?“** beantwortet. Dabei werden die Handlungsmöglichkeiten des Patienten vorgestellt und ärztliches Verhalten gegenüber Patienten und deren Angehörigen im Fall eines Behandlungsfehlervorwurfs erörtert. Kenntnisse über die rechtlichen Fragen von approbations-, berufsrechtlichen bis zum Strafverfahren, über den Erhalt des Versicherungsschutzes sowie über die Grundlagen und Ergebnisse von Schlichtungsverfahren werden zusammen mit Verhaltensempfehlungen vermittelt. Abschließend werden Maßnahmen vorgestellt, wie die im Seminar behandelten Fehler vermieden werden können.

Bei Interesse senden Sie einfach eine E-Mail an e.hoehne@aekb.de.

Verweil-Dauerirritationen

„Krankenhaus-Report“ einer Patientin

„Werd' ich zum Augenblicke sagen:
Verweile doch! Du bist so schön...“

Sehr, sehr selten wird man bei diesem Faust-Wunsch den langgezogenen Augenblick als Verweildauer assoziieren; schon, weil man beim Verweilen dauernd krank ist oder – seltener – es erst richtig wird.

Als Stichprobe zur Plausibilitätsprüfung der angefochtenen Schätzzahlen „Unerwünschter Ereignisse“ (s. Seite 26) hier eine Auswahl der irritierenden Erlebnisse und Beobachtungen einer Berliner Patientin anlässlich ihres nur viertägigen Klinikverweilens. Das reicht von ärgerlich bis gefährlich, und alles ist so passiert. Wer und wo? Alle und überall, Namen sind nicht zielführend. „Nicht wer war schuld?“ muss man bekanntlich fragen, sondern „Was ist schuld?“ Nur so kann man aus Fehlern lernen. Die waren auch hier fast immer Organisations- und Kommunikationsmangel.

Zu Hause klingelt das Telefon: „Wollen Sie denn wirklich nicht in unsere Privatklinik?“ – „Nein, wirklich nicht.“ Die klare Antwort wurde bei der Aufnahme nochmal hinterfragt, und ihr Nein musste die Privatpatientin per Unterschrift bestätigen, was sie ein bisschen als Nötigung empfand. Wenigstens forderte man keine Begründung. Ein befreundeter Arzt aus demselben Klinikkonzern hatte gewarnt: Vielleicht etwas Luxus, aber die medizinische Versorgung in der separat gelegenen „Privatklinik“ ist eher dünner.

Bei Begehung imponierte der „Luxus“ als Teppichboden. Nicht mal die Betten waren besser, wie spätere Recherchen ergaben: Dicke, schweißtreibende Kunstfaser-Zudecken auch für den Sommer, und kein hochstellbares Fußteil. Dabei wurde Venenpatienten ausdrücklich und gedruckt empfohlen, die Beine hochzulegen, und im OP-Bericht stand's nochmal individuell.



Achtung – Klinikpatienten halten jetzt die Augen offen!
Cartoon von ANNA (=Dr. med. Anna Regula Hartmann)

Die vorgegebene Stunde des Aufnahmetermins lag im Vormittag mittendrin, von Nüchternkommen keine Rede. Trotzdem Blutabnahme, und die Kommunikationsdefizite setzten sich fort. Der Hinweis der Patientin aufs Frühstück wurde nicht weitergegeben oder ignoriert. Doch im Arztbrief wurde wegen des hohen Glukosespiegels eine Diabetes-Diagnostik empfohlen. Der Hausarzt lachte bloß.

Ehe man der Patientin am Morgen des Eingriffs (der am Ende nicht viel brachte) die berühmte LmA-Pille verpasste (es war Medazolam), kam die strenge Frage: „Haben Sie auch ihre Medikamente genommen?“ Übrigens das einzige Mal, dass sie das gefragt wurde. Jeden Tag wurden die ihr hingestellten Arzneimittel wortlos wieder abgeräumt. Die rührte sie nicht an, weil sie der Identität der selbst mitgebrachten Pillen eher vertraute. Am OP-Morgen hatte die Patientin auch ihr Verapamil brav geschluckt. Und danach eben dieses verdammte Benzo, Dormicum. Zwar, was ab Sechzig empfohlen, nur die halbe Dosis (wie der leitende Anästhesist später versicherte), aber noch immer zu viel. Niemand hatte offenbar die Wechselwirkung mit Verapamil beachtet: „Erhöhte Spiegel von Midazolam – AUG fast dreifach erhöht“, liest man im „Arzneimittelkursbuch“.

Aus Sorge um die kleinen grauen Zellen hatte die Patientin statt einer Vollnarkose eine Spinalanästhesie erbeten. Dennoch; das einzige, was ihr vom Verweilen auf dem OP-Tisch in Erinnerung blieb war,

dass sich ein Grünbehaubter über sie beugte und besorgt mitteilte; „Wir müssen Ihnen nachher einen Kardiologen schicken, Sie haben nur noch 30 Herzfrequenz!“

In ihrem Bett schief sie erstmal weiter. Der Kardiologe hatte später nichts mehr zu bemängeln.

Trotzdem empfahl

die Klinik der Praxis ein 24-Stunden-EKG. Der Hausarzt lachte nur. Nach der Entlassung recherchierte sie ein bisschen in Sachen Dormicum.

In der Fachinformation las sie unter anderem: „Sehr häufig: Änderungen des Pulschlags... Apnoe und Atemstillstand“; im Arzneimittelkursbuch: „HerzKreislaufversagen, auch Herzstillstand, Kammerflimmern...“ Na, gute Nacht, du schöne Welt! Also all dies hätte der (relativ überdosierte) Tranquilizer nebenbewirken können. Da war sie ja mit der Halbierung der Herzfrequenz noch gut weggekommen.

Die temporäre Bradykardie, obgleich durch einen Verordnungsfehler bedingt, tauchte im Entlassungsbrief als Nebendiagnose auf, ebenso die vor Jahren erfolgreich operierte Spinalkanalstenose, die der Chefarzt persönlich als anamnestisch in seinen PC getippt hatte. (Immer diese Kommunikationsfehler!) Auch finanziell gut weggekommen war die Patientin dank ihres engagierten Protestes gegen die kostenträchtige „Privatklinik“. Der Aufpreis fürs Zweibettzimmer reichte eh schon. Und dann die Langeweile am letzten Kliniktag. Eine freundliche Schwester verriet: „Ja, Privatpatienten werden bei uns immer einen Tag länger behalten.“

R. Stein

BERLINER ÄRZTE

6/2014 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
Titelgestaltung Sehstern unter Verwendung von: nmcandre,
mindscanner, kusuriuri (alle 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