

BERLINER ÄRZTE

05/2015 52. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der
Ärztammer Berlin



Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie
Ihren Minister oder EU-Kommissar



Foto: K. Friedrich

Europa, ja bitte – aber nicht so!

Dr. med. Günther Jonitz

*Präsident der Ärztekammer Berlin,
Chirurg, Berater und Vertreter des
Bundesministeriums für Gesundheit
in internationalen Gremien zu
Patientensicherheit und Qualität
der Patientenversorgung, Mitglied
in der PSQCEG*

Europa“ und „Gesundheit“ waren in der Vergangenheit eher konträre Themen. Sowohl meine Großväter als auch mein Vater durften noch in „großen Kriegen gegen sogenannte „Erbfeinde“ zu Felde ziehen, die zu unserer aller Erleichterung inzwischen Freunde und Mitbürger in einem annäherungsweise vereinten Europa geworden sind. Die Gründung der Europäischen Union ist sicherlich eine historische Meisterleistung. Doch ist das Vorgehen zur Förderung einer größeren Gemeinschaft nicht frei von Fallstricken und Risiken. Am Beispiel der europäischen Gesundheitspolitik wird dies deutlich.

Gemäß des Vertrages von Lissabon ist die Europäische Union für die Gesundheitssysteme der Mitgliedsländer nicht zuständig. Gleichwohl wird eine Gesundheitspolitik auf europäischer Ebene betrieben, die sich vornehmlich auf wirtschaftspolitische Aspekte und die Angleichung der Sozialsysteme konzentriert. Wegweisend hierbei ist die sogenannte „Cross-Border Directive“

aus dem Jahr 2011 zur Regelung der Patientenrechte über nationale Grenzen hinweg. Inzwischen hat die EU-Generaldirektion Gesundheit – mit ihren über 950 Mitarbeitern allein in diesem Ressort – ein außerordentlich buntes und unübersichtliches Potpourri an Maßnahmen und Projekten auf den Weg gebracht, die zu zahlreichen Themen und Detailfragen der Patientenversorgung Stellung beziehen. Es ist eine ganze Industrie an Forschungs- und Projektmanagementeinrichtungen entstanden. Höhepunkt dieser Aktivitäten war sicher das Vorhaben der Europäischen Kommission, im Juli 2013 die „Normung von Gesundheitsdienstleistungen“ auf die politische Agenda zu nehmen. Erst durch den entschiedenen Protest der Arbeitsgruppe Patient Safety and Quality of Care Expert Group (PSQCEG), in der ich mitwirke und die eingesetzt ist, um die Kommission in Fragen zu Qualität und Patientensicherheit zu beraten, und durch den Protest zahlreicher nationaler Ministerien konnte dieses Vorhaben

vorerst gestoppt werden. Doch was kommt danach?

Die Auswirkungen europäischer Politik sind immens. Ein Großteil der Beschlüsse des Deutschen Bundestages geht auf Vorgaben der Europäischen Kommission bzw. des Europaparlamentes zurück. Diese werden in der Regel nicht unmittelbar spürbar, haben jedoch langfristig Folgen. Als positives Beispiel ist sicherlich die Richtlinie zur Arbeitszeit zu nennen, welche erheblich zur Reduzierung der Arbeitsbelastung von Krankenhausärztinnen und -ärzten beigetragen hat. Unseren Einspruch müssen wir jedoch erheben, wenn es um Vorhaben wie die Normung ärztlicher Tätigkeit geht. Normen sind wirtschaftlich motiviert. Damit sind sie nicht geeignet, auf den Kern ärztlicher Leistung angewendet zu werden. Das Verhältnis von Arzt und Patient, insbesondere die konkrete therapeutische Arbeit ist nicht normierbar! Patienten und Ärzte erwarten gleichermaßen eine individuell auf das Wohl des einzelnen Patienten abge-

stimmte Behandlung, die anerkannten und evidenzbasierten Leitlinien folgen soll, sich aber immer an den Bedürfnissen im Einzelfall zu orientieren hat. Was die Europäische Kommission getrieben hat, über das Europäische Komitee für Normung (CEN) ein für die Industrie gängiges Verfahren auf Ärzte und Patienten ausdehnen zu wollen, ist mir unverständlich. Normen aus Brüssel würden evidenzbasierte Aktivitäten wie z.B. Leitlinien, aber auch nationale gesetzliche Maßnahmen und Ausbildungsordnungen quasi links überholen und hätten möglicherweise fatale Auswirkungen auf die Patientenversorgung.

Was macht die EU falsch?

Erstens, die EU sieht ihre Aufgabe in der Harmonisierung der Lebens- und Arbeitsbedingungen aller europäischen Bürgerinnen und Bürger. Soweit so gut. Die Umsetzung dieses Ziels ist problematisch. Autoritäre Vorgaben von oben ohne Berücksichtigung bereits existierender Verfahren und Initiativen gewährleisten weder eine flächendeckende Akzeptanz noch einen tatsächlichen Nutzen für die Patientenversorgung. Diese autoritär administrative Grundhaltung löst zu Recht zunehmend Widerstände aus.

Zweitens, die Themen und Ziele, mit denen sich die Europäische Kommission

beschäftigt, scheinen primär kommerziell motiviert zu sein. Nicht selten scheint es großen Unternehmen oder Industrieverbänden zu gelingen, ihre Anliegen in der Kommission vorzutragen. Inwiefern hier die parlamentarische Kontrolle ausreichend greift, bleibt zu fragen.

Drittens, bessere Führungsinstrumente fehlen. Gerade im Bereich der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung wäre es außerordentlich hilfreich, wenn es auf europäischer Ebene eine Einrichtung gäbe, die auf den gesammelten Erfahrungsschatz aller Akteure zurückgreifen und diesen weitervermitteln könnte. Eine Datenbank über erfolgreiche Projekte und Maßnahmen, verbunden mit der proaktiven Unterstützung und Hilfeleistung zur Lösung von Problemen im jeweiligen eigenen Bereich würde die Akzeptanz europäischer Institutionen erhöhen, den europäischen Gedanken fördern und konkrete Probleme besser lösen helfen. Ein solches Instrument zu schaffen, könnte eines der politischen Ziele sein.

Wir müssen gemeinsam dazu beitragen, dass Maßnahmen auf europäischer Ebene, die nicht hilfreich sind oder gar schädlich sein können, verhindert und durch bessere Maßnahmen ersetzt werden. Deshalb sei hiermit jeder Mann und jede Frau aufgefordert, sich beispielsweise an den öffentlichen

Befragungen der Europäischen Kommission („Public Consultation“) zu beteiligen, die in regelmäßigen Abständen zu zentralen Themen durchgeführt werden. Aktuell war eine Befragung zur Wertigkeit von „Wettbewerb im Gesundheitswesen“ ausgerufen. Hier – das sei positiv vermerkt – ist Partizipation seitens der EU ausdrücklich eingefordert und kann geleistet werden.

Es ist nicht immer alles gut, was „von oben“, respektive aus Brüssel kommt. Gleichwohl gibt es keinen Weg zurück. Die europäische Idee ist es wert, auch beim Thema Gesundheit klug und mit ärztlichem Sachverstand gepflegt zu werden.

Herzlichst Ihr

Günther Jonitz



TITELTHEMA

»Operation Europa«

Die Einflussnahme der EU wirkt sich heute nicht nur auf die Binnenpolitik, sondern auch auf den ärztlichen Alltag aus. BERLINER ÄRZTE zeigt die negativen Folgen der europäischen Marktidee, von EU-Normungsbestrebungen, Patientenmobilität sowie Freizügigkeit und beleuchtet ebenso erfolgreiche wie nutzbringende Maßnahmen aus den Bereichen der Arzneimittel- und Patientensicherheit.

Von Harald Neuber
Seite 14



Foto: artjazz / Fotolia.com

EDITORIAL.....

Europa, ja bitte – aber nicht so!
Von Günther Jonitz.....3

BERLINER ÄRZTE *aktuell*.....6

BUNDESINSTITUTE.....

Datenbank AnimalTestInfo: Deutsche Initiative für mehr Transparenz bei Tierversuchsvorhaben
Informationen des Bundesinstituts für Risikobewertung.....11

BERUFS- UND GESUNDHEITSPOLITIK.....

Neuwahl der Ausschüsse und positive Bilanz 2014
Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 26. März 2015
Von Michaela Peeters.....20

Die neue Berufsordnung – Teil 3
.....25

„Das Feedback ist der Schlüsselfaktor“
Bericht vom ersten CIRS-Symposium der Ärztekammer Berlin am 20. März 2015
Von Julia Frisch.....27

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....10
Der Veranstaltungskalender der Ärztekammer Berlin.....22
CIRS – Der aktuelle Fall.....30

FEUILLETON.....

Was sonst noch passierte
Von Harald Mau.....31
Mühsam aufzubauen, leicht zu verspielen
Von Adelheid Müller-Lissner.....31

BERLINER ÄRZTE

Zu „Chefarztwechsel und neue Strukturen“

In Ihren Mitteilungen über neue Chefarztbestellungen ist zunehmend häufiger zu lesen, dass zwei Chefarztpositionen an verschiedenen Häusern künftig nur noch von einer Person übernommen werden. Ist solche Ämterhäufung aus Sicht einer Verwaltung sicher wirtschaftlich, so sollte das doch eine Ausnahme bleiben für einen begrenzten Zeitraum. Mit Halbierung der Zeit, die ein Chefarzt in Doppelfunktion seiner Abteilung zur Verfügung stehen kann, wird seine Arbeit verdichtet. Teilweise müssen seine Oberärzte für ihn einspringen.

Das gibt erneut Anlass, die Finanzierung unserer Krankenhäuser zu hinterfragen: Ex-Ministerin Ulla Schmidt gab bei Einführung des DRG-Systems das Ziel vor, durch knappe finanzielle Bewertung der DRG ein Drittel der Krankenhäuser, vornehmlich die „unwirtschaftlich arbeitenden“, zur Schließung zu zwingen. Denn kein Politiker auf kommunaler Ebene wagt es, in seinem Wahlkreis ein Krankenhaus aufzugeben. Die Folgen sind allseits zu besichtigen, kein Krankenhaus möchte geschlossen werden. Es wird gespart an Chef-

arzt- u.a. Arztstellen, am Pflegepersonal, am Essen, an Reinigungskräften und mehr. Wir nähern uns afrikanischen Verhältnissen, wo am besten Angehörige den/die Kranken begleitend versorgen, damit sie nicht zu Schaden kommen (Berliner Beispiele können benannt werden). Das DRG-System brachte den Häusern große Zusatzkosten durch Aufblähen der Verwaltung (Groupier etc. wurden nötig). Die Gelder dafür werden der eigentlichen Krankenversorgung entzogen.

Wird es nicht höchste Zeit, Krankenhäuser wieder als Daseinsaufgabe des Staates zu sehen so wie Polizei und Feuerwehr und nicht als auf Profit zu trimmende Wirtschaftsunternehmen? Wer macht sich daran, eine Reform des DRG-Systems oder auch Alternativen für die Politik auszuarbeiten? Eine Öffnung der Häuser für die ambulante Behandlung, wie vom VSG in unterversorgten Gebieten angedacht, kann keine Lösung bringen. Dafür sind die Honorare der ambulanten Leistungen zu gering bemessen. Ihr Beitrag "... neue Strukturen" spiegelt jedenfalls einen Teil dieser Problematik wider.

Dr. med. Thomas Scholz, Internist, Berlin

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Vivantes Klinikum im Friedrichshain

Seit Anfang April ist Dr. Philipp Kellner neuer Chefarzt der zentralen Notaufnahme/Rettungsstelle und interdisziplinären Kurzaufnahmestation (INKA) am Vivantes Klinikum im Friedrichshain. Zuvor war er als leitender Oberarzt in der Rettungsstelle des Vivantes Klinikums im Friedrichshain tätig. Seit 2012 ist er leitender Notarzt des Landes Berlin für Großschadensereignisse.

Kellner übernimmt die Position von Dr. Petra Lautsch, die das Unternehmen verlassen hat. Er bleibt weiterhin als Notarzt und leitender Notarzt des am Klinikum im Friedrichshain angesiedelten Notarzteinsetzfahrzeuges tätig und behält darüber hinaus auch seine Zuständigkeit als kommissarischer Leiter Notfallmedizin in der Stabsstelle Notfallmedizin und Katastrophenschutz von Vivantes.

Information über Veränderungen bitte an
Tel.: 030 / 408 06-41 00/-41 01, Fax: -41 99,
E-Mail: m.braun@aekb.de oder s.rudat@aekb.de

BERLINER ÄRZTE 02/15

Zu „Auf dem Weg zur Zwei-Klassen-Medizin“

In dem Artikel wird auf Seite 16 unter der Zwischenüberschrift „Frischer Wind durch innovative Lehrkonzepte“ am Ende des 1. Abschnittes in der Mediziner-Ausbildung von „absoluter Neuerung“ gesprochen. Ich meine, dass bei besserer Literaturrecherche eine solche „absolute Aussage“ hätte vermieden werden können.

Ich habe von 1960-1962 in Sofia an der Medizinischen Fakultät der Humboldt Universität Medizin studiert. Wir waren, da durch das Auslandsstudium besondere Bedingungen vorlagen, ein kleines Studienjahr im Vergleich mit den „normalen Studienjahren“ an der Medizinischen Fakultät /Charité. Deshalb wurde uns auch die Ehre und Verpflichtung zuteil, die

damalige „Studienreform“ zum Erfolg zu führen, damit die Ergebnisse auch in den nachfolgenden Studienjahren genutzt werden konnten. Die wesentlichen Inhalte dieser Studienreform waren:

- Verbindung der Theorie mit der Praxis durch patientennahe Ausbildung
- Anleitung zur Herausbildung komplexen Denkens
- problemorientierte Wissensvermittlung.

Einzelheiten dazu sind z.B. in der Universitätszeitung „Humboldt Universität“ nachzulesen. Mit dieser Bemerkung wird nicht gegen die Konzeption der Universität Witten-Herdecke argumentiert. Ich unterstütze persönlich sehr die Formulierung „problemorientiertes Lernen“ mit praxisnahen Fallstudien. Und wenn



auch die Erfahrungen aus der untergegangenen DDR ignoriert werden, sollte an die Schulen großer Mediziner im Altertum und Mittelalter erinnert werden, die schon eine praxisnahe Wissensvermittlung bevorzugten.

Ich wende mich nur gegen die Formulierung der Autorin, dass es sich hier um „absolute“ Neuerungen handelt und schlage eine intensivere Literaturrecherche vor solchen Formulierungen vor.

Dr. med. R. Seidel,
Facharzt Innere Medizin, Berlin

Auszeichnung

Verdienstkreuz für Hedwig François-Kettner

Für die Verbesserung der Pflege und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten steht Hedwig François-Kettner wie kaum jemand anderes in Deutschland. Für ihr Engagement und ihren Beitrag zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen wurde sie nun vom Bundespräsidenten mit dem Verdienstkreuz am Bande, der höchsten Ehrung der Bundesrepublik Deutschland, ausgezeichnet. Feierlich überreicht wurde ihr die Auszeichnung im Rahmen des diesjährigen Deutschen Pflorgetages 2015 von Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales.

In seiner Rede würdigte der Senator Hedwig François-Kettner als langjährige Pflegedirektorin der Charité, die zudem in unzähligen ehrenamtlichen Funktionen die Pflege von Menschen innerhalb und außerhalb von Kliniken maßgeblich mitgeprägt hat.

François-Kettner wurde 1983 Leiterin des Pflegedienstes am ehemaligen Universitätsklinikum Steglitz und war in diesem Amt eine der jüngsten Pflegedirektorinnen Deutschlands. Nach der Fusion der berliner Universitätskliniken im Jahr 2003 übernahm sie als Pflegedirektorin der



v.l.n.r.: Prof. Dr. Karl Max Einhäupl, Torsten Rantzsch (VPU e.V.), Hedwig François-Kettner, Senator Mario Czaja

Charité Berlin die Verantwortung für 4.100 Pflegekräfte. Auf ihre Initiative geht die Gründung des Verbandes der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren der deutschen Universitätsklini-

ken zurück. Zudem wirkte sie in zahlreichen Gremien wie im Präsidium des Deutschen Pflegerats und im Lenkungsausschuss des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege mit.

CSE-Hemmer

Seltene Komplikation IMNM

Nach Angaben der European Medicines Agency wurde in sehr seltenen Fällen das Auftreten einer immunvermittelten nekrotisierenden Myopathie (IMNM) unter der Therapie mit CSE-Hemmern (Atorvastatin, Simvastatin, Pravastatin, Fluvastatin, Pitavastatin, Lovastatin) beobachtet. Die Symptome sind persistierende proximale Muskelschwäche und erhöhte Serum-Kreatinkinase-Werte, die trotz Absetzen des Statins persistieren.

Quelle: Pharm Ztg. 2015; 160 (10): 108

Lithium

Nierentumore

Die Anwendung von Lithium zur Prophylaxe und Therapie manischer Episoden bei bipolaren Störungen oder rezidivierenden Depressionen über mehr als zehn Jahre kann zu Tumoren führen (Mikrozysten, Onkozytome, Ductus Bellini-Karzinome). Vor allem Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz sind betroffen. Die Häufigkeit des Auftretens dieser Tumore ist nicht bekannt.

Quelle: Pharm Ztg. 2015; 160 (10): 12

Hydroxyzin

QT-Zeit-Verlängerungen

Die Anwendung des Sedativums und Antihistaminikums Hydroxyzin (Atarax®, AH 3® N) ist mit einem kleinen, aber deutlichen Risiko einer QT-Zeit-Verlängerung und dem Auftreten von Torsades de Pointes verbunden. Zur Risikominderung wird empfohlen:

- Einsatz in niedrigster wirksamer Dosis mit kürzest möglicher Anwendungszeit
- Max. Tagesdosis 100 mg bei Erwachsenen (50 mg bei älteren Menschen, 2 mg/kg KG bei Kindern)

Bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen oder bei Einnahme anderer Arzneistoffe, die die QT-Zeit verlängern können, sollte der Einsatz von Hydroxyzin vermieden werden. Dies gilt auch für eine Kombination

mit Arzneimitteln, die die Herzfrequenz verlangsamen oder eine Hypokaliämie verursachen können.

Quelle: Pharm Ztg. 2015; 160 (8): 105

Impfen

Grundrecht für Kinder

Entsprechend der Ergebnisse einer UN-Konferenz aus dem Jahr 2002 hat jedes Kind ein „Recht auf Impfung gegen verhütbare Erkrankungen“. Auch das Grundgesetz schützt die körperliche Unversehrtheit von Kindern. Dazu zählt auch der Schutz vor Infektionskrankheiten durch eine Immunisierung mit in der Regel gut verträglichen Impfstoffen: Unerwünschte Wirkungen bewegen sich im Promillebereich und bestehen überwiegend in kurzzeitigen lokalen Überempfindlichkeitsreaktionen. Kindesrecht steht hier vor Elternrecht. Bei Impfgegnern wird immer wieder auf eine englische Studie aus den 1990er-Jahren verwiesen: Der kombinierte Schutz gegen Masern, Mumps und Röteln könne Autismus verursachen. Die Ergebnisse sind jedoch seit Langem schon widerlegt, dem Autor wurde die Zulassung entzogen. Die derzeitigen Masernausbrüche in Berlin sowie Teilen von Sachsen und Bayern haben nach dem Tod eines Säuglings in Zusammenhang mit einer Maserninfektion zumindest einige impfskeptische Eltern zum Nachdenken gebracht. Hartnäckige Impfgegner lassen sich jedoch von ihrem Glauben nicht abbringen, zum Beispiel davon, dass sich durch eine Infektion neue, stabilere Leibesgrenzen ausbilden. Im Einzelfall kann bei einem Kind eine Impfung aus medizinischen Gründen kontraindiziert sein. Umso wichtiger ist dann eine ausreichende Durchimpfungsrate in Kindergarten und Schule.

Quelle: Ärzte Ztg. vom 09.03.2014 und 11.03.2014, Spiegel 10/2015: 38-40

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen:

Dr. Günter Hopf
Ärztammer Nordrhein
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf
Telefon: 0211 / 43 02-22 72

Datenbank AnimalTestInfo: Deutsche Initiative für mehr Transparenz bei Tierversuchsvorhaben

In der Europäischen Union werden jährlich circa zwölf Millionen Tiere für wissenschaftliche Experimente eingesetzt, allein drei Millionen davon in Deutschland. Dem Anspruch, Tierversuche durchzuführen, stehen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu den Fähigkeiten von Tieren gegenüber, Schmerzen, Leiden, Ängste und dauerhafte Schäden zu empfinden und auszudrücken.

Die Dritte Novelle des Tierschutzgesetzes sieht vor, dass Tiere beim Einsatz für wissenschaftliche Zwecke besser geschützt werden. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) erhielt in diesem Zusammenhang die Aufgabe, die Öffentlichkeit über alle genehmigten Tierversuchsvorhaben in Deutschland zu informieren. Dazu hat das BfR die Datenbank AnimalTestInfo entwickelt und unter www.animaltestinfo.de online gestellt. Mit dieser Datenbank kann sich jeder schnell und umfassend über genehmigte Tierversuchsvorhaben informieren. Die Anwendung wird ab sofort auch anderen europäischen Mitgliedsstaaten, die die Richtlinie zum Schutz der für wissenschaftliche Zwecke verwendeten Tiere umsetzen, zur Verfügung gestellt. Das BfR hat diese Initiative in einem Artikel im



Bundesinstitut für Risikobewertung

Wissenschaftsmagazin „Nature“ veröffentlicht (Nature, 519, 33, 5 March 2015; doi: 10.1038/519033d).

Am 13. Juli 2013 ist das Dritte Gesetz zur Änderung des Tierschutzgesetzes in Kraft getreten. Dieses Gesetz setzt auf nationaler Ebene die Ziele der Europäischen Richtlinie 2010/63/EU zum Schutz der für wissenschaftliche Zwecke verwendeten Tiere um. Zu den besonderen Zielen der neuen Gesetzgebung gehört die konsequente Umsetzung des 3R-Prinzips, d. h. die Vermeidung von Tierversuchen durch den Einsatz von Alternativmethoden (Replacement), Verringerung der Anzahl der Versuchstiere auf das Minimum (Reduction) und Verminderung des Leidens der Versuchstiere (Refinement).

Die Datenbank AnimalTestInfo enthält allgemein verständliche Zusammenfassungen über alle Tierversuchsvorhaben in Deutschland, deren Durchführung von wissen-

schaftlichen Forschungsinstituten der Universitäten, der Industrie und des Bundes beantragt und von den zuständigen Behörden der Bundesländer genehmigt wurden. Die Antragsteller sind für den Inhalt der vom BfR veröffentlichten Projektzusammenfassung selbst verantwortlich.

Diese Zusammenfassungen enthalten Informationen darüber, welchem Zweck die Tierversuche dienen, was experimentell geplant ist, welcher Nutzen aus den Tierversuchen hervorgehen könnte und welche Auswirkungen auf die Tiergesundheit zu erwarten sind. Angegeben werden auch die Anzahl und die Art der zur Verwendung vorgesehenen Tiere (Mäuse, Ratten usw.) sowie alle getroffenen Maßnahmen, um die Verwendung von Tieren im Voraus zu vermeiden, deren Zahl im Versuch zu vermindern oder ihr Wohlergehen zu verbessern. Nach diesen Kriterien kann in der Datenbank gesucht werden.

Am BfR ist auch die Zentralstelle zur Erfassung und Bewertung von Ersatz- und Ergänzungsmethoden zum Tierversuch (ZEBET) angesiedelt.

Weitere Informationen: www.bfr.bund.de

Laudatio

Jürgen Hammerstein zum 90. Geburtstag



Der Endokrinologe Jürgen Hammerstein gelangte nach dem Zweiten Weltkrieg schnell über die Grenzen Berlins hinaus zu höchster wissenschaftlicher Anerkennung. Ab 1969 leitete er im Universitätsklinikum Steglitz eine selbstständige Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie, die seinerzeit in Deutschland nur an drei Standorten existierte. Hammerstein war Mitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Gremien, so u. a. auch Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie sowie Vorsitzender der Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Ab 1990, kurz nach seiner Pensionierung, machte er sich besonders verdient um die ärztliche Fortbildung als er als Geschäftsführer der "Kaiserin-Friedrich-Stiftung für ärztliche Fortbildung" diese bis Anfang 2009 erfolgreich leitete. Die Rückübertragung des Hauses der Kaiserin-Friedrich-Stiftung am Robert-Koch-Platz ist größtenteils seinem Engagement zu verdanken. 2009 würdigte der Vorstand der Ärztekammer Berlin Jürgen Hammerstein für seine außerordentliche Lebensleistung mit der Georg-Klemperer-Ehrenmedaille. Die Ärztekammer Berlin gratuliert herzlich zu seinem honorigen, runden Geburtstag, den er am 19. April feiern durfte!

Arbeitskreis

Wer sucht Sucht?

Dies soll nicht bedeuten, wer möchte süchtig werden und am besten noch wie am schnellsten? Nein! – vielmehr, wer sucht fachlichen, kollegialen Austausch zu diesem Thema?

Ärztinnen und Ärzte aus dem suchtmmedizinischen Arbeitsfeld (legale und illegale Drogen) sind herzlich eingeladen, im Arbeitskreis Drogen und Sucht der Ärztekammer Berlin aktiv zu werden. Seit mehr als 20 Jahren treffen sich in diesem Gremium Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichsten Bereichen, um sich zu suchtmmedizinischen und suchtpolitischen Themen und Fragestellungen auszutauschen, zu diskutieren und bei Bedarf auch Stellungnahmen für den Vorstand der Ärztekammer Berlin zu erarbeiten. Der AK Drogen und Sucht findet regelmäßig, fünfmal jährlich, statt.

Beim nächsten Treffen am 20. Mai 2015 wird die Arbeit der Berliner Diamorphinambulanz vorgestellt. Herr Dr. Thomas Peschel, Leiter der Ambulanz, berichtet über die Erfahrungen aus den ersten zwei Jahren. Darüber hinaus konzipiert und organisiert der AK Drogen und Sucht den Fortbildungskurs "Suchtmmedizinische Grundversorgung" der Ärztekammer Berlin, der u. a. Voraussetzung für die Zusatz-Weiterbildung "Suchtmmedizinische Grundversorgung" ist. Leiter des Arbeitskreises und zugleich Suchtbeauftragter der Ärztekammer

Berlin ist Dr. Thomas Reuter. Wer sich angesprochen fühlt und wessen Interesse geweckt ist, ist herzlich willkommen. Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen an den Leiter des Arbeitskreises, Dr. Thomas Reuter (t.reuter@drk-kliniken-berlin.de).

Die Termine des Arbeitskreises Drogen und Sucht für 2015 im Überblick:

- 20.05.2015
- 16.09.2015
- 18.11.2015;

jeweils Mittwoch in der Zeit von 15:00-16:30 Uhr in den DRK-Kliniken Berlin Mitte, Haus E (Eingang 6), Dronheimer Str. 39-40, 13359 Berlin (U-Bhf. Osloer Str.).

Kammerzuwachs

Ärztekammer begrüßt ihr 30.000 Mitglied



Anfang des Jahres war es so weit: Die Ärztekammer Berlin registrierte ihr 30.000 Mitglied. Offiziell mit einem Blumenstrauß begrüßt wurde Dr. Anne-Kathrin Kuhlmeier dann von Präsident Günther Jonitz, Vizepräsident Elmar Wille und von Geschäftsführer Michael Hahn. Nachdem sie ihre Approbation im Dezember erhalten hat, ist

Anne-Kathrin Kuhlmeier seit Januar 2015 bei der Kammer gemeldet und arbeitet aktuell in der Vivantes ÜBAG Nuklearmedizin in Friedrichshain. Auf die Frage, warum gerade Nuklearmedizin, antwortete die junge Frau, dass sie bereits während des Studiums in Berlin durch Famulaturen und Kongresse ersten

Kontakt zur Nuklearmedizin hatte. Im Rahmen des PJs ergab sich dann die Möglichkeit, einige Zeit in der Nuklearmedizin zu arbeiten, wodurch ihre Begeisterung für diese Fachrichtung wuchs und zum Entschluss führte, nach dem Examen die Weiterbildung in der Nuklearmedizin zu beginnen.

Poster-Aktion

Angemessene Bezahlung für Frakturbehandlungen

Die niedergelassenen Chirurgen haben eine Poster-Aktion gestartet, um auf die unangemessene Bezahlung von Frakturbehandlungen aufmerksam zu machen. Zum Vergleich: Laut Gebührenordnung für Tierärzte wird eine Frakturbehandlung bei Haustieren mit rund 370 Euro vergütet. Für Kassenpatienten erhalten niedergelassene Chirurgen bei der gleichen Behandlung 25 Euro. Da alle Kontakte zu maßgeblichen Politikern aus dem Gesund-

heitsausschuss sowie die Proteste der KBV und der Berufsverbände ungehört verhallt seien, setzt die Initiative des ANC Nordrhein zusammen mit dem GNC Nordrhein, orthonet-nrw und den Berufsverbänden der Deutschen Chirurgen und für Orthopädie und Unfallchirurgie nun auf Information und Aufklärung in den Praxen. Dazu können unter www.bdc.de (über Suchfunktion: „Poster-Aktion“) zwei Poster heruntergeladen werden.

DAS SIND UNS UNSERE „LIEBLINGE“ WERT!



Studie

Aktuelle Krankenhausbefragung zum klinischen Risikomanagement gestartet

Werden den Mitarbeitern regelmäßige Fortbildungen zum klinischen Risikomanagement angeboten? Gibt es im Krankenhaus regelmäßig Fallkonferenzen? Diese und andere Themen werden noch bis Mai 2015 im Rahmen einer bundesweiten Krankenhaus-Befragung untersucht. Die Studie wird durch das Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn durchgeführt, zur Finanzierung tragen zu gleichen Teilen der AOK-Bundesverband, die Techniker Krankenkasse und das Bonner Institut bei. Ziel ist es, den aktuellen Stand der Einführung und des Betriebs eines klinischen Risikomanagements (kRM) zu erfassen und gleichzeitig Schlüsselfaktoren für seine erfolgreiche Implementierung zu identifizieren.

In 2010 wurde diese Befragung erstmals durchgeführt, an der damals knapp 500 Krankenhäuser teilgenommen hatten. Die Ergebnisse brachten zu Tage, dass z. B. Maßnahmen im Bereich der Hygiene, des

Wundmanagements und der Sturzprävention bereits breit etabliert waren, hingegen andere, bspw. Modelle der Arzneimitteltherapiesicherheit oder Trainings an Patientensimulatoren bislang nur eine geringe Verbreitung erfahren hatten. Auch diesmal werden die teilnehmenden Häuser direkt einen Nutzen von ihrer Teilnahme

haben: Sie erhalten einen institutionenspezifischen Bericht, der den Erfüllungsgrad des kRM für das eigene Haus aufzeigt und auch ein Benchmarking mit vergleichbaren Häusern ermöglicht. Damit wird das Entwicklungspotential der Einrichtungen dargestellt, das Ergebnis kann als interne Diskussions- und Entscheidungsgrundlage dienen.

Auf nationaler Ebene – hier werden die Daten natürlich anonym ausgewertet und veröffentlicht – liefern die Ergebnisse der Befragung Impulse für die Steuerung und Weiterentwicklung des kRM. Weitere Informationen sind im Internet unter: <http://www.ifpsbonn.de/projekte-1/onlinebefragung-krm> verfügbar.

Fortbildung der Medizinischen Fachangestellten

Fortbildungskurse „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“

Die Ärztekammer Berlin bietet Fortbildungskurse „Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in“ an, die auf dem entsprechenden Curriculum der Bundesärztekammer beruhen und den Vorgaben der Delegationsvereinbarung genügen.

Der 1. Fortbildungskurs ist bereits ausgebucht. Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieses Heftes waren noch Plätze für den 2. Kurs, der am 1. Juni 2015 beginnen soll, frei. Anmeldun-



gen für diesen 2. Kurs nehmen wir bis zum 8. Mai 2015 entgegen. Die Anmeldeunterlagen für das aktuelle Kursangebot finden Sie auf der Homepage

der Ärztekammer Berlin unter www.aerztekammer-berlin.de. Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 030/408 06-26 36.

Operation Europa

Die EU im Gesundheitswesen

Wissen Sie, wo über Ihre Arbeitsbedingungen als Arzt entschieden wird - in Berlin oder in Brüssel? Bestimmen deutsche Regierungsstellen und Institutionen über die Rechte Ihrer Patienten oder hat die Europäische Union das letzte Wort? Soviel vorab: Eine klare Antwort gibt es nicht. Denn die Gesundheitspolitik in der EU ist gespalten. Das betrifft zum einen die Kompetenzen, die teilweise in Brüssel liegen, zugleich aber auf nationaler Ebene verblieben sind. Es berührt vor allem aber auch die Ausrichtung der Gesundheitspolitik, die sich in einem konstanten Spannungsfeld befindet. Auf der einen Seite soll sie der kapitalistischen Logik des 1992 geschaffenen EU-Binnenmarktes unterworfen werden, gleichzeitig bleibt sie aber Teil des national geformten Wohlfahrtsstaates. Eines aber ist nicht von der Hand zu weisen: Die EU-Gesundheitspolitik bestimmt schon jetzt das Geschehen auch in deutschen Krankenhäusern. Und ihr Einfluss wird größer.

Von Harald Neuber

Foto: artjazz / Fotolia.com



Zwar heißt es im Vertrag von Lissabon, bei der Tätigkeit der Union werde „die Verantwortung der Mitgliedsstaaten für die Festlegung ihrer Gesundheitspolitik sowie für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung gewahrt“. Doch die Rahmenbedingungen dafür werden in Brüssel definiert, von einer supranationalen Wirtschaftsgemeinschaft also. Der sogenannte Gesundheitsmarkt spielt dabei eine große Rolle: In Deutschland etwa sind um die zehn Prozent aller Arbeitskräfte im Gesundheitswesen oder der Pharmaindustrie beschäftigt.

Betrachtet man die Geschichte der EU-Gesundheitspolitik als Teil der Binnenmarktgestaltung, bezieht sie sich von Beginn an maßgeblich auf zwei Personengruppen: Arbeitnehmer und Konsumenten. Für die Arbeitnehmerfreizügigkeit war es schon früh wichtig, die medizinische Versorgung in den Gaststaaten zu gewährleisten. Wer in einem anderen Staat der damaligen Europäischen Gemeinschaft Arbeit hatte, konnte sich entweder auf die heimische Krankenversicherung oder das Gesundheitswesen des Gastlandes verlassen. Die Freizügigkeit der „Gesundheitskonsumenten“ wurde in den Folgejahren immer weiter ausgedehnt und kulminierte 1998 in einem Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH), nach dem die vier Grundfreiheiten des EU-Binnenmarktes – darunter die Personen- und Dienstleistungsfreizügigkeit – auch im Gesundheitswesen gelten. Das Recht der Patienten, Gesundheitsdienstleistungen auch in anderen Mitgliedsstaaten der Union in Anspruch zu nehmen, kann nach einer Regelung des Europäischen Rates nur in Ausnahmefällen und „zwingenden Gründen des Allgemeininteresses“ eingeschränkt werden.

Das Hin und Her zwischen der Liberalisierung des europäischen „Gesundheitsmarktes“ und sozialpolitisch begründeten

Einschränkungen durch die Mitgliedsstaaten ist ein Indiz für strukturelle Probleme. Zum einen sind die Gesundheitssysteme unterschiedlich ausgeprägt, zum anderen gibt es nach wie vor ein erhebliches soziales Gefälle zwischen den EU-Mitgliedsstaaten. Eine Folge ist, dass einzelne Länder unter Berufung auf die Patientenfreizügigkeit lange Zeit auf Ressourcen anderer EU-Mitglieder zurückgreifen konnten. So etwa der britische National Health Service (NHS), der Patienten für Hüft- und Knie-Endoprothesen über Jahre hinweg gezielt nach Frankreich vermittelte, weil dort, wie die BBC berichtet, die Wartezeiten geringer waren. Der NHS musste das eigene Angebot nicht verbessern, dafür hatten französische Patienten das Nachsehen. Auf individueller Ebene blieb die Resonanz auf die neuen Möglichkeiten von EU-Patienten jedoch gering. Das liege vor allem an den sprachlichen und kulturellen Hürden, schrieb die Gesundheitsexpertin Ines Verspohl, die an der Uni Osnabrück über Gesundheitsreformen in Europa promovierte und heute beim Sozialverband VDK tätig ist, in ihrem Paper für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Patienten müssten sich selbstständig informieren und die Behandlungskosten

vorstrecken. „Vor allem ältere, behinderte und schwerkranke Menschen werden dies nicht können“, so Verspohl. Birgt der angebliche Gesundheitsbinnenmarkt also mehr Risiken als Chancen?

Kritik an der Marktidee

Tatsächlich wird der Abwehrkampf gegen den europäischen Marktgedanken von Vertretern der deutschen Ärzteschaft und anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens immer entschiedener geführt. Als der amtierende EU-Ratspräsident Jean-Claude Juncker den Bereich der Arzneimittel und Medizinprodukte mitsamt der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) vor seiner Amtsübernahme im Herbst vergangenen Jahres von der Generaldirektion Gesundheit zurück in das Ressort Binnenmarkt und Industrie verlegen wollte, brandete eine Protestwelle auf. Nach wenigen Wochen lenkte Juncker ein: „Ich teile Ihre Auffassung, dass Arzneimittel keine Produkte wie alle anderen sind.“

Also blieb der Arzneimittelbereich bei der Generaldirektion Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, kurz GD Santé,



Jean-Claude Juncker

unter Leitung des litauischen EU-Kommissars Vytenis Andriukaitis. Sein Ressort ist zentral an der Gestaltung der Gesundheitspolitik beteiligt – neben der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz und der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA). Gemeinsam mit den zentralen Institutionen der Union – der Kommission, dem Europäischen Gerichtshof und dem Europäischen Parlament – gestalten die drei Gremien maßgeblich die Brüsseler Gesundheitspolitik. Eine nicht unbedeutende Rolle kommt auch dem Statistischen Amt der Europäischen Union (Eurostat) zu. Weil aus den Mitgliedsstaaten oft unterschiedliches Datenmaterial geliefert wird, soll Eurostat zur Vergleichbarkeit beitragen. In der Vergangenheit musste die EU wegen Datenlücken wiederholt auf Material der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurückgreifen.

Auf europäischer Ebene gebe es durchaus Widerstand der Ärzteschaft gegen die ständigen Bestrebungen, die Gesundheitspolitik der Marktlogik zu unterwerfen, sagte Birgit Beger vom Ständigen Ausschuss der Europäischen Ärzte (CPME), „gerade auch im Rahmen der neuen Kommission unter Jean-Claude Juncker“. Während die Arzneimittel wieder im Bereich der Generaldirektion Gesundheit eingegliedert wurden, seien Medizinprodukte entgegen der Ansicht der Gesundheitsorganisationen und auch der europäischen Ärzteschaft als Kompetenz der Generaldirektion Binnenmarkt, Industrie, Unternehmertum und KMU (Kleine und mittlere Unternehmen) bestimmt worden. „Bezeichnenderweise wird diese Generaldirektion ‚GROW‘ abgekürzt“, sagte Beger: „Wirtschaftswachstum steht hier also stark im Vordergrund und nicht in erster Linie Patientensicherheit.“

Wie wichtig eine Verlagerung der Kompetenzen von den klassischen EU-Institutionen zu fachpolitischen Gremien wäre, zeigte sich erst vor wenigen Wochen. Ein Internationales Recherche-Team von Journalisten aus verschiedenen Staaten hatte über Monate hinweg ein milliarden-schweres Programm der EU-Kommission



Birgit Beger

zur Förderung medizinischer Forschung analysiert. Die 2009 gestartete „Innovative Medicines Initiative“ (IMI) wird mit 2,5 Milliarden Euro Steuergeldern finanziert, um eine „Champions League für biomedizinische Forschung“ zu schaffen, wie der damalige EU-Wirtschaftskommissar Janez Potocnik bei der Einweihung verkündet hatte. Heraus kam eher eine EM der Steuerverschwendung. „Praktisch dient die IMI zuallererst dazu, zu erforschen, was der Industrie nutzt – und nicht zu dem Zweck, der ursprünglich festgeschrieben wurde: Therapien und Medikamente zu entwickeln, an denen es den Menschen mangelt“, urteilte das Nachrichtenportal Spiegel Online, das an der Recherchegruppe beteiligt war. Kontrollmechanismen fehlten und öffentliche Institutionen hätten kaum Einflussmöglichkeiten.

Ärzte nach EU-Norm?

Solche Erfahrungen befeuern auch die Debatten in anderen Bereichen. So etwa bei der Frage der Normung von ärztlichen Leistungen. Seit das Europäische Komitee für Normung (CEN) im Herbst 2010 die Initiative ergriff, ärztliche Leistungen EU-weit zu vereinheitlichen, ist um das Thema eine heftige Kontroverse entbrannt. 2010 war zunächst ein Antrag des österreichischen Normungsinstitutes

beim CEN bearbeitet worden, um eine Norm über Dienstleistungen in der ästhetischen Chirurgie zu erstellen. Spätestens seit dem Frühjahr vergangenen Jahres sollten diese Bestrebungen auf weitere ärztliche Tätigkeitsfelder ausgeweitet werden. Fachverbände laufen dagegen Sturm. Neben der Bundesärztekammer hat auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) Widerspruch eingelegt.

Aus deutscher Sicht führt die Normung von ärztlichen Leistungen auf EU-Ebene eher zu einem Qualitätsverlust, als zu einer Verbesserung der Versorgung. Normung stünde auch der wissenschaftlichen Entwicklung der Medizin entgegen, so Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg, Vorsitzender der Leitlinienkommission der AWMF, die 168 wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften vereint. Europäische Normen ohne wissenschaftliche Evidenz hintertrieben die Erarbeitung medizinischer Leitlinien, sagte er gegenüber BERLINER ÄRZTE. Die Grundvoraussetzungen von Transparenz, Objektivität und Wissenschaftlichkeit seien bei einer weiteren Entwicklung der EU-Normierungsbestrebungen im medizinischen Bereich nicht mehr gewahrt.

Auch die deutsche Versicherungswirtschaft meldete Bedenken an. Vorstöße zur Normung der Leistungen in den Bereichen Osteopathie, der Behandlung von Kiefer-Gaumen-Spalten und anderen Tätigkeiten würden wegen der inhomogenen Gesundheitsversorgung zwischen den EU-Staaten und dem individuellen Charakter von Gesundheitsdienstleistungen vermutlich weitere Probleme mit sich bringen. Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss verwiesen auf das bisherige Tätigkeitsprofil des CEN, nach dem es um „technische Standards zur Förderung der Wirtschaft“ und „Verwirklichung des Binnenmarktes“ geht. Während in Deutschland Interessenvertretungen von Patienten, chronisch Kranken und behinderten Menschen an



Prof. Dr. med. Rolf Kreienberg

Entscheidungsprozessen beteiligt würden, sei beim CEN unklar, wie das Gremium arbeite und wer mitbestimme.

„Die europäische Ärzteschaft wendet sich seit Jahren gegen die Normierung von ärztlichen Leistungen, mit bis dato aber leider wenig Erfolg“, stellt Birgit Beger vom CPME fest. Jedoch habe EU-Kommissar Andriukaitis – selbst Chirurg – bei einem Treffen mit dem CPME erklärt, sich gegen diesen Trend einsetzen zu wollen. „Insofern ist mit diesem Kommissar die Hoffnung verbunden, dass die Ärzteschaft einen einflussreichen und verständigen Gesprächs- und Kooperationspartner in der Kommission gefunden hat“, sagte Beger.

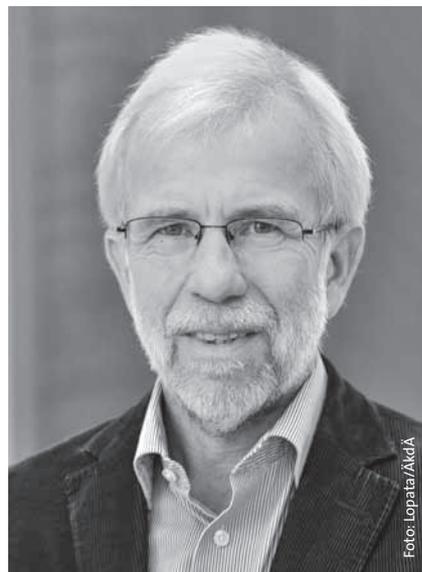
Erfolge bei Arzneimittelsicherheit

Auf etwaige Verbesserungen müssen ärztliche Vertreter in anderen Themenfeldern der europäischen Gesundheitspolitik nicht mehr nur hoffen. Im Bereich der Arzneimittelsicherheit etwa hat sich in den vergangenen Jahren einiges getan – wenn auch erst nach einem handfesten Skandal: Nachdem das Diabetes-Präparat „Mediator“ des französischen Herstellers Servier auch zur Behandlung adipöser Patienten eingesetzt wurde, soll es zu mindestens

500 Todesfällen gekommen sein. Als das Unternehmen das Medikament 2003 in Italien und Spanien vom Markt nahm, gab es wirtschaftliche Gründe an und verschwieg die Sicherheitsbedenken. Der Fall war eine der Motivationen bei der Erarbeitung der EU-Richtlinie 2001/83, die vom EU-Parlament im September 2012 verabschiedet wurde. Zentrale Regelung: Wenn ein Pharmakonzern künftig ein Präparat im Wirtschaftsraum der EU vom Markt nimmt, muss er die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) wahrheitsgetreu über die Gründe informieren.

Doch auch über die Informationspflicht hinaus hat die Europäische Union in den vergangenen Jahren ein regelrechtes Maßnahmenpaket geschnürt, um die Sicherheit im Umgang mit Humanarzneimitteln zu verbessern. Die Pharmakovigilanz, also die Risikoüberwachung nach Markteinführung, ist seither generell auf der europäischen Ebene angesiedelt. Zugleich will die EU, vor allem über Internetangebote, mehr Informationen über Arzneimittelrisiken zur Verfügung stellen. „Gemäß der Richtlinie 2010/84/EU zur Änderung der Pharmakovigilanzrichtlinie 2001/83/EG sind pharmazeutische Unternehmer verpflichtet, alle Nebenwirkungen zu einem Arzneimittel zu erfassen, schwerwiegende Nebenwirkungen innerhalb von 15 Tagen und nicht schwerwiegende Nebenwirkungen innerhalb von 90 Tagen an die europäische Datenbank ‚EudraVigilance‘ weiterzuleiten“, erklärte im Gespräch mit BERLINER ÄRZTE Prof. Wolf-Dieter Ludwig, der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Auch müssten der EMA regelmäßig aktualisierte Berichte über die Unbedenklichkeit von Arzneimitteln übermittelt werden.

Handlungsbedarf sieht Professor Ludwig auch auf nationaler Ebene bei den Nebenwirkungen. „Hier besteht weiterhin ein deutliches ‚Underreporting‘ – trotz der in der Musterberufsordnung für Ärzte verankerten Verpflichtung, Nebenwirkungen von Arzneimitteln an die AkdÄ zu melden.“ Der AkdÄ würden



Prof. Wolf-Dieter Ludwig

jährlich etwa 3.000 Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen gemeldet. „Alle Institutionen, die mit Aspekten der Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit befasst sind, sollten mehr Aufklärung betreiben“, so Ludwig. Wichtiges Ziel dabei sei, in der Ärzteschaft das Spontanmeldesystem bekannter zu machen und zu verdeutlichen, dass Spontanmeldungen wichtig für die Arzneimittel- und Therapiesicherheit sind. Ludwig tritt in diesem Zusammenhang für „angst- und sanktionsfreie Rahmenbedingungen“ ein, damit Ärzte typische Nebenwirkungen, aber auch durch Medikationsfehler verursachte Nebenwirkungen häufiger melden.

Freizügigkeit im EU-Wirtschaftsraum

Neben Fragen der Normung und Arzneimittelsicherheit ist die Debatte um die europäische Gesundheitspolitik von Maßnahmen bestimmt, die den Arbeitsalltag von Ärzten oder die Rechte von Patienten berühren. In erster Linie betrifft das die Freizügigkeit beider Gruppen im EU-Wirtschaftsraum. Die Richtlinie 2011/24/EU über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung ist im April 2011 in Kraft



Gesundheitsexpertin Ines Verspohl

getreten. Für alle Patientinnen und Patienten in Europa sind ihre Rechte nun klar geregelt, wenn sie im EU-Ausland Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen wollen: Die Kosten für die Auslandsbehandlung werden von der Krankenkasse bis zu der Höhe erstattet, die auch bei der entsprechenden Behandlung im Inland angefallen wären. Alle EU-Mitgliedstaaten hatten bis 25. Oktober 2013 Zeit, die Richtlinie in ihr nationales Recht umzusetzen. In Deutschland erfolgte dies über Regelungen im SGB V und im Patientenrechtegesetz.

Probleme der Freizügigkeit

Eine ähnliche Wirkung wie die Patientenmobilität hat seit der Etablierung des gemeinsamen EU-Binnen- und Arbeitsmarktes die Freizügigkeit von Arbeitnehmern mit medizinischer Berufsausbildung entfaltet. Schließlich gilt das Prinzip der Freizügigkeit auch für die Ärzteschaft, Pflegeberufe und andere medizinisch Hilfstätige. Zahlreiche deutsche Ärzte nutzen diese Chance bereits, um in Schweden und Großbritannien Anstellungen zu besseren Bedingungen zu finden. Möglich ist das geworden, nachdem 1993 Mindeststandards für ärztliche Berufe festge-

legt wurden. Die „Richtlinie 2005/36 zur Anerkennung von Berufsqualifikationen“ definierte 2005 dann Mindestausbildungszeiten für Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, Hebammen, Apotheker und die bis dahin nicht berücksichtigten Zahnärzte. „An der Richtlinie wurde kritisiert, dass sie nur Zeiten aber keine Inhalte festlege und somit kein einheitliches Ausbildungsniveau garantieren könne“, sagte Gesundheitsexpertin Verspohl, die noch auf eine andere Konsequenz der EU-Arbeitnehmerpolitik im Gesundheitsbereich verweist: 2003 entschied der EuGH, dass Ruhezeiten als Arbeitszeiten anzurechnen sind und die Wochenarbeitszeit damit auf 60 Stunden zu begrenzen ist. Allerdings kann die Begrenzung über eine vertraglich vereinbarte Regelung, eine sogenannte Opt-out-Vereinbarung, zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgehoben werden.

Dass die extrem unterschiedlichen Sozialstandards angesichts einer europarechtlich garantierten Freizügigkeit Probleme schaffen könnten – immerhin umfasst der neue Arbeitsmarkt ländliche Gebiete im Osten Rumäniens und Bulgariens ebenso wie Londoner Villenviertel – war der EU-Kommission schon früh klar. In ihrem Grünbuch über Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in Europa erkannte sie 2008 die Gefahr an, „dass einige Mitgliedsstaaten nicht bereit sind, mehr Fachkräfte in Gesundheitsberufen auszubilden, wenn sie nicht damit rechnen können, dass diese im Land bleiben“. Ein Jahr später brach die Eurokrise aus. Die Warnung vor den Negativfolgen einer unkontrollierten Freizügigkeit bewahrheitete sich.

Bei einer Arbeitslosenquote von rund 25 Prozent in Griechenland und Spanien und einer jeweils fast doppelt so hohen Jugendarbeitslosigkeit suchen viele Ärzte eine neue Berufsperspektive im europäischen Ausland. Nach einer Untersuchung der Universität Thessaloniki haben seit Beginn der Krise Ende 2009 gut 120.000 – meist junge – Akademiker die Hellenische Republik ver-



Dr. Catharina Döring-Wimberg

lassen. Ziel ist oft Deutschland. Das Statistische Bundesamt bestätigt, dass mehr als 40 Prozent der Zuwanderer im erwerbsfähigen Alter zuletzt einen Hochschulabschluss hatten. Das ist eine höhere Akademikerquote als in der gesamten deutschen Bevölkerung. Von der Abwanderung hochqualifizierten medizinischen Personals sind aber nicht nur die südeuropäischen Krisenstaaten betroffen, sondern auch Länder am östlichen Rand der EU. Ungarn etwa hat seit dem Beitritt zur Eurozone den Weggang von 5.000 Ärzten zu beklagen. „Das ist so, als ob 40.000 meist junge Ärzte schlagartig Deutschland verlassen würden“, schrieb die Tageszeitung „Die Welt“. Die möglichen Auswirkungen hat die WHO in einem Vergleich deutlich gemacht: In Deutschland gab es 2011 insgesamt 382 Ärzte pro 100.000 Einwohner; im Jahr 2004 waren es 339. Zum Teil dürfte sich diese Steigerung durch Zuwanderungen begründen. In Ungarn hat sich die Zahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner zugleich von 333 auf 295 verringert, rechnet „Welt“-Korrespondent Boris Kálnoky vor.

Die Ärztekammer Berlin bekommt die Arbeitsmigration bereits zu spüren. Gegenüber BERLINER ÄRZTE (Heft

8/2014) hatte die Leiterin der Abteilung Weiterbildung, Dr. Catharina Döring-Wimberg, diesen Trend im vergangenen Jahr bestätigt: Es kämen im Grunde täglich Anfragen aus dem Ausland. Die Ärztekammer Berlin verzeichnete Ende 2013 einen Anteil von 4,75 Prozent ausländischer Mitglieder, was 1.395 Ärzten mit ausländischer Staatsangehörigkeit entsprach. Die Tendenz ist steigend – auch wenn die Anerkennung ausländischer Abschlüsse bei der Ärztekammer oft eine hohe Hürde ist. Der gute Ruf von Berlin und das breite universitäts-klinische Angebot aber ziehen offensichtlich immer mehr Mediziner aus dem europäischen Ausland in die Hauptstadt. Die Bundesärztekammer verweist auf zusätzliche Regelungen, um Risiken auszuschließen. Dazu zähle die Einführung eines Vorwarnmechanismus, der alle anderen Mitgliedsstaaten über einen Berufsangehörigen informiert, dem beispielsweise von Gerichten die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit untersagt worden ist. Die Umsetzung dieses Systems obliegt den Mitgliedsstaaten.

Mitgestalten bei der Patientensicherheit

Länderübergreifend ist das Thema Patientensicherheit seit gut zehn Jahren gesundheitspolitisch präsent. In Deutschland hat der Berliner Gesund-



Foto: K. Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz

heitspreis bereits im Jahr 2002 zentrale Weichen gestellt, gefolgt von der Befassung mit behandlungsbedingten Fehlern und ihren Ursachen durch den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2003. Die Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung widmete dem Themenkomplex 2004 ihren Jahreskongress. Schließlich hat sich der Deutsche Ärztetag im Jahr 2005 hier in Berlin intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt und damit der Gründung des nationalen Netzwerkes Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) den Weg geebnet.

Auf EU-Ebene erschien während der Ratspräsidentschaft von Luxemburg und damals schon unter dem Eindruck der internationalen Fachdebatte eine Erklärung mit dem Titel „Patient Safety – making it happen!“ (etwa: Patientensicherheit in Angriff nehmen). 2006 sprach der Europarat Empfehlungen aus und 2009 schloss sich das EU-Parlament an. Dass der Bereich Patientensicherheit anders als das Thema Normung als Beispiel für eine erfolgreiche Gestaltung der europäischen Gesundheitspolitik gelten kann, liegt vor allem an den Aktivitäten der „Patient Safety

and Quality of Care Working Group“, die im Jahr 2006 eingerichtet wurde. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, der in dieser Gruppe von Beginn an als Fachexperte von deutscher Seite aus mitarbeitet, betont, dass das Arbeitsprinzip vor allem durch Kooperation und das Anliegen voneinander zu lernen – anstatt praxisferne Vorgaben zu machen – geprägt sei. Im Umfeld dieser Arbeitsgruppe der „GD Santé“ sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Initiativen entstanden, die nach dem Bottom-up-Prinzip, also von unten nach oben, die EU-Gesundheitspolitik mitgestalten. So wurden – u.a. unter aktiver Beteiligung der Ärztekammer Berlin, des APS und des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – auf europäischer Ebene Projekte auf den Weg gebracht wie bspw. das „European Union Network for Patient Safety“ (EuNetPaS, 2008-2010), das sich auf den Aufbau eines EU-Netzwerkes zum Thema Patientensicherheit konzentrierte. In das Folgeprojekt „Joint Action on Patient Safety and Quality of Care“ (PaSQ, 2012-2015) haben sich alle EU-Mitgliedsstaaten in den Aufbau einer Datenbank eingebracht, über die Beispiele guter Praxis („Best Practice“) zur Steigerung der Patientensicherheit abgerufen werden können.



Eine aktives Mitwirken in den Gremien der Europäischen Union sei wichtig, weil die EU-Gesundheitspolitik immer mehr Auswirkungen auf die nationale Gesetzgebung habe, sagte Günther Jonitz: „Wir müssen unsere Fachexpertise einbringen, um unnötige bürokratische Fremdbestimmung, die weder dem Arzt noch dem Patienten nützen, abzuwehren“.

Verfasser:
Harald Neuber
Journalist

Neuwahl der Ausschüsse und positive Bilanz 2014

Bericht von der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung am 26. März 2015

Die Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung fand sich am 26. März zur konstituierenden und ersten Sitzung ihrer 2. Amtsperiode zusammen. Die zwölf Mitglieder des parlamentarischen Gremiums waren am 4. März von der 14. Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin gewählt worden. Die Vertreterinnen und Vertreter widmeten sich zunächst einem vorläufigen Bericht zum Geschäftsjahr 2014, diskutierten sodann über die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht und wählten schließlich den Aufsichts- und den Verwaltungsausschuss.

Von Michaela Peeters

Bei der zwölfköpfigen Vertreterversammlung handelt es sich um eine Einrichtung jüngster Zeit. Sie ist das Legislativ- und Kontrollorgan der Berliner Ärzteversorgung. Im Zuge einer Kammergesetzänderung war sie eingerichtet worden, um für die Ärzteversorgung ein eigenes parlamentarisches Gremium zu schaffen. Sie ist das satzungsgebende Organ des Versorgungswerkes und auch zuständig für die Feststellung des Jahresabschlusses sowie die Wahl und die Entlastung des Aufsichts- und des Verwaltungsausschusses. Ihre zwölf Mitglieder müssen in der Delegiertenversammlung wie auch in der Berliner Ärzteversorgung vertreten sein. Ihre Amtsperiode ist gebunden an die der Delegiertenversammlung.

Nachdem der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Elmar Wille, die üblichen Formalien des konstituierenden Teils der Sitzung abgeschlossen hatte, informierte Helmut Mälzer, ehemaliger und neugewählter (s. u.) Vorsitzender des Verwaltungsausschusses, über das vorläufige Ergebnis der Berliner Ärzteversorgung im Geschäftsjahr 2014. Demnach sei ein erfreulicher Zuwachs der Kapitalanlagen auf 7 Milliarden Euro festzustellen. Diese sind langfristig im Direktbestand bzw. indirekt, diversifiziert in einem Masterfonds angelegt. Sehr positiv zu bewerten sei, dass der durchschnittliche Rechnungszins trotz

aller Krisen bei 4,24 % liege. Die Diversifikation der Kapitalanlagen und die breite Streuung haben sich bewährt. Das bekannte langfristige Ziel einer garantierten hohen Eingangsverrentung – gekoppelt an den hohen Rechnungszins von 4 Prozent – wurde nicht aufgegeben. Die Strategie für die nähere Zukunft sieht u. a. folgende Maßnahmen vor: Umschichtung der Anlagen des Renten-Direktbestandes, des Rentenportfolios und des Aktienportfolios (z. B. Globale Aktien) mit Erhöhung und weiterer Diversifizierung der „Alternatives“ und Immobilien.

Ein positives Signal ging anschließend von den Ausführungen des Vorsitzenden der Vertreterversammlung zur Thematik der Befreiung von Ärztinnen und Ärzten von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht aus (siehe auch BÄ 05/2014). Demnach sei das weite kammerrechtliche Verständnis des Begriffes der ärztlichen Tätigkeit bzw. Berufsausübung nunmehr in einem rechtswissenschaftlichen Gutachten der Universität Münster als maßgeblich für die Beurteilung von Rentenversicherungsbefreiungen angestellter Ärztinnen und Ärzte bestätigt worden. Außerdem liege ein Urteil des Sozialgerichts Köln vor, das die berufsständische Sicht bestätige. Das Gericht habe die Auffassung des Bundessozialgerichts, dass die Befreiung von der Rentenversicherungspflicht anhand der einschlägigen versorgungs- und kam-

merrechtlichen Normen zu beurteilen ist, in den Fokus seiner Argumentation gerückt und daher in die Beurteilung der Befreiungsfähigkeit einer in Berlin ausgeübten ärztlichen Tätigkeit folgerichtig das einschlägige Satzungsrecht der Ärztekammer Berlin und der Berliner Ärzteversorgung einbezogen. Vor diesem Hintergrund sei das Gericht bei dem ihm vorliegenden Fall zu dem Ergebnis gelangt, dass eine auf der Grundlage ärztlicher Fachkenntnisse ausgeübte Beratertätigkeit als befreiungsfähig einzustufen ist. In diesem Zusammenhang merkte Wille an, dass die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales inzwischen auch die Hauptsatzung sowie die Berufs- und Meldeordnung der Ärztekammer Berlin, die im letzten Jahr zur Definition der ärztlichen Tätigkeit konsolidiert wurden, genehmigt habe. Ebenso sei das „Maas-Eckpunkte-Papier“ des Bundesjustizministers zur Neuregelung des Rechts von Unternehmensjuristen aus Sicht des ärztlichen Berufsstandes ein begrüßenswerter Vorstoß, wengleich nicht übertragbar auf andere Berufszweige. Nach einer intensiven politischen und rechtlichen Diskussion, die auch Berichte aus den Verwaltungen der Ärztekammer Berlin und der Berliner Ärzteversorgung einschloss, waren sich am Ende alle einig, dass nicht nur in einzelnen Streitfällen, sondern auch politisch noch viel getan werden muss.

Unter dem letzten Tagesordnungspunkt der Sitzung wählte die Vertreterversammlung den Aufsichts- und den Verwaltungsausschusses für deren ebenfalls jeweils zweite Amtsperiode. Voraussetzung für die Wählbarkeit in einen der beiden Ausschüsse ist die Mitgliedschaft in der Berliner Ärzteversorgung; das ist nach dem Berliner Kammergesetz sowie der maßgeblichen Wahlordnung, die sich die Vertreterversammlung im Jahr 2011 gegeben hatte, so vorgesehen.

Von den zwölf wahlberechtigten Mitgliedern der Vertreterversammlung waren 11 anwesend. Das für die Wahlen erforderliche Anwesenheitsquorum von mindestens zwei Dritteln der Vertreter wurde mithin bei allen Wahlgängen er-

füllt. Zunächst erklärten der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Dr. Elmar Wille, und sein Stellvertreter, Dr. Thomas Werner, nicht für die Wahl in die Ausschüsse zur Verfügung zu stehen, sodass sie nach der Wahlordnung als Leiter für die Wahlen fungieren konnten.

Sodann wurden der Vorsitzende, der stellvertretende Vorsitzende sowie die weiteren vier Mitglieder des **Aufsichtsausschusses** einzeln und geheim gewählt. Folgende Ergebnisse sind zu verzeichnen:

Verwaltungsausschuss				
Amt	Wahlvorschlag	Abgegebene Stimmen	Gültige Stimmen	Ja
Vorsitzender	Helmut Mälzer	11	9	9
Stellv. Vorsitzender	Dr. Wolfgang Kreischer	11	11	9
Mitglied	Johanna Winkler	11	11	1
Mitglied	Dr. Sabine Krebs	11	11	8
Mitglied	Dr. Stefan Hochfeld	11	11	11
Mitglied	Dr. Rüdiger Brand	11	11	11

Aufsichtsausschuss				
Amt	Wahlvorschlag	Abgegebene Stimmen	Gültige Stimmen	Ja
Vorsitzender	Dr. Matthias Albrecht	11	11	11
Stellv. Vorsitzender	Dr. Dietrich Bodenstein	11	11	10
Mitglied	Dr. Svea Keller	11	11	11
Mitglied	Dr. Harald Lazar	11	11	10
Mitglied	Dorothea Spring	11	11	10
Mitglied	Dr. Matthias Blöchle	11	11	9

glückliche Hand für die kommenden vier Jahre“.

Dr. Matthias Blöchle und Dr. Keller, beide Allianz, schieden mit ihrer Wahl in den Aufsichtsausschuss aus der Vertreterversammlung aus. Aus ihrer Liste sind als Nachrücker vorgesehen: Dr. Thomas Wildfeuer und Dr. Stefan Skonietzki.

Die nächste Vertreterversammlung findet spätestens am 1. Oktober 2015 statt.

In weiteren sechs Durchgängen schlossen sich die ebenfalls geheimen Wahlen der Funktionsträger des **Verwaltungsausschusses** an. Folgende Personen wurden in den Ausschuss gewählt:

Elmar Wille bedankte sich als Vorsitzender der Vertreterversammlung bei allen neu- und wiedergewählten Mitgliedern der Organe der Berliner ärztlichen Versorgung und wünschte ihnen „viel Kraft und eine



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

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

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information / Gebühr	Fortbildungspunkte
<ul style="list-style-type: none"> ■ Modul Ic: 08./09.05.2015 Modul III: 05./06.06.2015 	Medizinische Begutachtung Strukturierte Curriculäre Fortbildung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 03 E-Mail: begutachtung@aekb.de	64 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 10.06.2015 	Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Anmeldung erforderlich unter: E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de , Fax: 030 / 408 06-55 14 03 Teilnehmergebühr: kostenfrei	3 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 12.06.-13.06.2015 	Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Teilnehmergebühr: 290 €	17 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 01.07.2015 	Wissenskontrolle zum Erwerb der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung nach dem Gendiagnostikgesetz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 09 E-Mail: s.zippel@aekb.de Anmeldung erforderlich Teilnehmergebühr: kostenfrei	keine
<ul style="list-style-type: none"> ■ 31.08.-05.09.2015 12.10.-17.10.2015 30.11.-05.12.2015 	Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.) (weitere Informationen s. S. 23)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation) Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de	150 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ Online-Modul: 01.09.-01.10.2015 Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015 	Patientensicherheit lernen - Intensivseminar Fallanalyse (weitere Informationen s. S. 24)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 06 E-Mail : d.buening@aekb.de Teilnehmergebühr: 550 €	37 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 28.09.-30.09.2015 	Grundkurs im Strahlenschutz	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 270 €	23 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 30.09.-02.10.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Röntgendiagnostik	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 240 €	20 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 07.11.2015 	Aktualisierungskurs im Strahlenschutz nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	8 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 03.12.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz interventionelle Radiologie	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P
<ul style="list-style-type: none"> ■ 04.12.2015 	Spezialkurs im Strahlenschutz bei CT	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Information und Anmeldung: Tel.: 030 / 408 06-12 15 E-Mail: fb-aag@aekb.de Teilnehmergebühr: 155 €	9 P

Kurs Qualitätsmanagement (200 Std.)

Ärzttekammer Berlin in Kooperation mit der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

Der 200 Stunden-Kurs *Qualitätsmanagement* nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer wird von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Charité im Herbst 2015 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: 31.08.-05.09.2015
Präsenzwoche 2: 12.10.-17.10.2015
Präsenzwoche 3: 30.11.-05.12.2015
(jeweils montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr und samstags von 9 bis 16 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Weitere Informationen: Tel.: 030 / 408 06-14 02 (Organisation),
Tel.: 030 / 408 06-12 07 (Inhalte) oder per E-Mail: QM-Kurs2015@aekb.de

Verbesserung der Qualität der äußeren Leichenschau

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin in Kooperation
mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Im Oktober 2014 wurde in Berlin ein neuer Leichenschauschein eingeführt. Die von der Ärztekammer Berlin in Kooperation mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durchgeführte Veranstaltung geht auf die Handhabung des neuen Leichenschauscheins sowie auf juristische Aspekte und mögliche Fehlerquellen beim Ausfüllen ein. Um die Qualität der Leichenschau insgesamt zu verbessern, legen die Referenten besonderen Wert auf das praktische Vorgehen bei der äußeren Leichenschau und stellen differentialdiagnostische Aspekte, Praxisbeispiele und besonders problematische Fälle vor. Im Anschluss an die Vorträge besteht jeweils die Möglichkeit zur Diskussion mit den Experten.

Termin: Mittwoch, 10.06.2015, 17 bis 20 Uhr

Referenten:

Dr. Sabine Hermann, *Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales*
Priv.-Doz. Dr. med. Claas Buschmann, *Institut für Rechtsmedizin der Charité –
Universitätsmedizin Berlin*
Klaus Philipp Schmitt, LL.M., *Abteilung für Berufs- und Satzungsrecht der
Ärzttekammer Berlin*
Patrick Larscheid, *Bereichsleiter Hygiene und Umweltmedizin im Gesundheitsamt
Neukölln von Berlin, stellv. Amtsarzt, Leiter des Berliner Zentralarchivs für
Leichenschauscheine*

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin / Konferenzsaal; Friedrichstraße 16,
10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Eine formlose persönliche Anmeldung ist erforderlich. Bitte nutzen Sie hierfür folgende Kontaktmöglichkeiten: E-Mail: fb-veranstaltungen@aekb.de oder Fax: 030 / 408 06-55 14 03. Anerkannt mit **3 Fortbildungspunkten**.

Chronische und therapieresistente Depression – wie weiter?

Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Berlin und der
Apothekerkammer Berlin

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Wenngleich ihr Verlauf klassischerweise episodisch ist, kommt es bei 15-25 Prozent der Erkrankten zu einer Chronifizierung. Definitionsgemäß liegt eine chronische Erkrankung vor, wenn das depressive Syndrom über einen Zeitraum von zwei Jahren besteht, ungeachtet der Frage, ob in diesem Zeitraum Behandlungsversuche stattfanden.

Therapieresistenz bezeichnet hingegen nicht etwa eine unheilbare Depression, sondern eine auf die Standardtherapieverfahren nicht unmittelbar ansprechende Depression. Eine verbreitete Definition orientiert sich an der Pharmakotherapie, wenngleich die medikamentöse Behandlung nur eine von mehreren Behandlungsstrategien ist. Demnach besteht Therapieresistenz, wenn zwei pharmakologische Behandlungsversuche von adäquater Dauer und Dosis erfolglos blieben.

Die Fortbildungsveranstaltung widmet sich mit engem Praxisbezug folgenden Fragestellungen:

- Welche pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und sonstigen Behandlungsmöglichkeiten existieren, um Therapieresistenz und Chronifizierung zu vermeiden und zu überwinden?
- Wie ist die wissenschaftliche Fundierung der vorhandenen Behandlungsstrategien und wie gelingt deren konkrete, systematische Umsetzung?

Zur Abrundung bietet die Veranstaltung hinreichend Gelegenheit für fachliche Diskussionen.

Termin: Mittwoch, 06.05.2015, 19:30 bis 21 Uhr

Referent: Prof. Dr. med. Tom Bschor, *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie, Schlosspark-Klinik GmbH, Heubnerweg 2,
14059 Berlin*

Moderator: Dr. med. Roland Urban, *Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie*

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

Anerkannt mit **2 Fortbildungspunkten**, eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Gesundheitsförderung und Prävention

Strukturierte curriculare Fortbildung gemäß Curriculum der BÄK
zur Erlangung einer ankündigungsfähigen Qualifikation

Ziel der Fortbildung ist es, innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung Gesundheitsressourcen und -fähigkeiten der Patienten identifizieren zu können, Risikofaktoren einzuschätzen und dieses gewonnene Wissen konstruktiv in die Behandlung zu integrieren. Es werden Präventionskonzepte, protektive Faktoren in der Krankheitsentstehung, Grundkonzepte des Gesundheitsverhaltens, Patientenmotivierung und Anforderungen an die ärztliche Beratung vermittelt, diskutiert und mit praktischen Übungen vertieft.

Termin: 02.11.-18.12.2015 | Blended-Learning inkl. 2 Präsenztag am
20.11.2015 und 18.12.2015 jeweils 8:30 bis 18 Uhr

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 650 Euro und ist auf 20 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 11, E-Mail: m.nehrkorn@aekb.de

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

Patientensicherheit lernen – Intensivseminar Fallanalyse

Wie entstehen Fehler? Welche Faktoren bewirken, dass Unfälle und schwere Zwischenfälle entstehen? Wie kann die Wahrscheinlichkeit, dass sich solche Fälle wiederholen, reduziert werden? In diesem gemeinsam mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit angebotenen Seminar werden ein systemisches Verständnis zur Entstehung von Fehlerereignissen sowie praktische Fertigkeiten zur Fallanalyse nach schweren Zwischenfällen vermittelt.

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

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

Termin: Das Seminar wird in drei Modulen durchgeführt:

Online-Modul: zwischen 01.09.-01.10.2015

Präsenzseminare: 02.-03.10.2015 und 13.-14.11.2015
(jeweils Freitag 12-18 Uhr und Samstag 9-14 Uhr)

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Informationen und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 06, Dörte Bünning, E-Mail: d.buenning@aekb.de. Anerkannt mit **37 Fortbildungspunkten**.

Weiterbildungskurs Pädiatrie der Ärztekammer Berlin zum Facharzt für Allgemeinmedizin

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

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

Theoriekurs: 20.05.2015 von 19-21.15 Uhr

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

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet 550 Euro. Tel.: 030 / 408 06-12 03, E-Mail: a.hellert@aekb.de. Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Arzt-Patienten-Kommunikation: Das Überbringen schlechter Nachrichten

Jede Ärztin, jeder Arzt, kennt das mulmige Gefühl, Patienten oder Angehörigen eine schlechte Botschaft überbringen zu müssen: Die widerstreitenden Gefühle zwischen „schnell hinter sich bringen wollen“ und „noch ein bisschen aufschieben“ sind stärker, je schlechter die Nachricht ist und je jünger die Patientin / der Patient. Dabei gehören solche Gespräche zu den häufigsten ärztlichen Tätigkeiten und summieren sich im Laufe eines Arztlebens auf viele Tausende.

Die gute Kommunikation zwischen Arzt und Patientin/Patient hat eine immense Bedeutung für Lebensqualität, Gesundheit und psychische Adaptationsfähigkeit von Patienten und deren Angehörigen. Die Investition in eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation ist aber nicht nur ein Gewinn für die Patienten, sondern auch für uns Ärzte und das Team.

Wir bieten Ärztinnen und Ärzten die aktive Erarbeitung von Gesprächs- und Aufklärungskonzepten an für (Erst-)Diagnose, Rezidiv bzw. Progress unter Therapie sowie für die präfinale Phase. An Hand von Fallbeispielen werden die theoretischen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten im Rollenspiel mit trainierten SimulationspatientInnen geübt und bearbeitet.

Termin: Freitag 12.06.2015 – Samstag 13.06.2015

Wissenschaftliche Leitung: Frau Dr. med. Klapp

Ort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin

Anmeldung: Die Teilnahme kostet 290 Euro und die Teilnehmerzahl ist auf 15 Personen begrenzt. Tel.: 030 / 408 06-12 09, E-Mail: s.zippel@aekb.de. Anerkannt mit **17 Fortbildungspunkten**.

Spezialkurse im Strahlenschutz zum Erwerb der Fachkunde bei Interventionsradiologie und Computertomographie

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Interventionsradiologie
Termin: Donnerstag, 3. Dezember 2015, 9 bis 17 Uhr

Spezialkurs im Strahlenschutz bei Computertomographie
Termin: Freitag, 4. Dezember 2015, 9 bis 17:15 Uhr

Information und Anmeldung: Die Teilnahme kostet jeweils 155 Euro. Ärztekammer Berlin, Tel.: 030 / 408 06-12 15, E-Mail: fb-aag@aekb.de. Anerkannt mit **9 Fortbildungspunkten**.

Die neue Berufsordnung – Teil 3

Patientinnen und Patienten sind rechtlich als selbstverantwortliche Partner des Behandlungsverhältnisses zu verstehen. Ihr Recht auf Selbstbestimmung können sie in der Regel nur dann wahrnehmen, wenn vor der Behandlung eine ärztliche Aufklärung stattgefunden hat. Sowohl die neue Berufsordnung der Ärztekammer Berlin, in Kraft getreten am 20.12.2014, als auch die Regelungen des Patientenrechtegesetzes im Bürgerlichen Gesetzbuch zum Behandlungsvertrag, in Kraft getreten am 26.02.2013, geben nun im Einzelnen explizit vor, was ärztliche Aufklärung beinhalten soll.

Gemäß § 8 Satz 1 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin (BO) bedarf es zur Behandlung der diesbezüglichen Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen. § 8 Satz 3 BO bestimmt genauer, dass die Aufklärung der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken zu verdeutlichen hat. Ziel der Aufklärung ist es, den Patienten oder die Patientin in die Lage zu versetzen, in Kenntnis der notwendigen Informationen eine vernünftige Entscheidung zu treffen. Entsprechend der bisherigen zivilrechtlichen Rechtsprechung zu der sog. Eingriffs- und Risikoaufklärung ist der Behandelnde nach § 630e Abs. 1 Sätze 1 und 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verpflichtet, einen Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Auch auf Alternativen zu der Maßnahme ist hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden innerhalb des medizinischen Standards zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Aufklärung über Risiken

Ein Patient ist vor der Durchführung eines Eingriffs oder einer anderen Behandlung über die damit verbundenen Risiken aufzuklären, die im Rahmen der jeweiligen Behandlung wesentlich sind, selbst wenn diese sehr selten auftreten. Patientinnen und Patienten muss die Möglichkeit gegeben werden, den Stellenwert eines Risikos in der eigenen Situation abzuschätzen. Nach § 8 Satz 4 BO sind sie umso ausführlicher und eindrücklicher über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären, je weniger eine Maßnahme medizinisch

geboten oder je größer ihre Tragweite ist. Eine schonungslose Aufklärung über die mit dem Eingriff verbundenen Risiken ist daher in den Fällen geboten, in denen keine medizinische Notwendigkeit für den Eingriff besteht, z. B. bei ästhetisch motivierten Operationen.

Umfang und Zeitpunkt der Aufklärung

Je weniger dringlich ein Eingriff ist, desto ausführlicher ist ärztlich aufzuklären. Je dringender die Indikation und je notwendiger der Eingriff, desto geringer sind demgegenüber die Anforderungen an die Aufklärungspflicht. Ist ein sofortiges ärztliches Handeln erforderlich, um Schaden vom Patienten abzuwenden, darf u. U. auf die Aufklärung verzichtet werden. So bedarf es der Aufklärung auch aus zivilrechtlicher Sicht gemäß § 630e Abs. 3 BGB nicht, soweit sie ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, etwa bei Unaufschiebbarkeit der ärztlichen Maßnahme oder bei ausdrücklichem patientenseitigen Verzicht. Für eindeutig medizinisch indizierte venöse Blutentnahmen wird etwa aus zivilrechtlicher Sicht vertreten, dass hier angesichts deren geringer Invasivität und mit Rücksicht auf die allgemeine Verkehrspraxis auf die ärztliche Eingriffsaufklärung verzichtet werden darf.¹

Soweit möglich ist nach § 8 Satz 4 BO insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen eine ausreichende Bedenkzeit zu gewährleisten. Vor planbaren schwerwiegenden Operationen etwa hat die ärztliche Aufklärung mindestens einen Tag zuvor zu erfolgen.

Aufklärung im persönlichen Gespräch

Die Aufklärung muss individuell in einem persönlichen Gespräch zwischen Arzt und einwilligungsfähiger/m Patientin/en erfolgen. Formulare können das Aufklärungsgespräch vorberei-

ten und die notwendige Dokumentation der Aufklärung gewährleisten – sie können jedoch im Grundsatz kein Aufklärungsgespräch ersetzen. Sofern ergänzend zur mündlichen Aufklärung durch einen Text aufgeklärt wird, ist der Patientin oder dem Patienten der Text gemäß § 630e Abs. 2 Nr. 1, 2. Halbsatz BGB auszuhändigen. Es ist daher zu empfehlen, die Aushändigung des Textes zu dokumentieren. Das Aufklärungsgespräch ist nach § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB von einer/einem fachlich für die betreffende Maßnahme qualifizierten Ärztin/Arzt zu führen, ohne dass es dabei auf die formale Weiterbildungsqualifikation ankommt. Diese Vorgabe schließt die Arbeitsteilung zwischen einem voruntersuchenden und aufklärenden Arzt sowie einem Operateur in Kliniken nicht aus.

Aufklärung von nicht der deutschen Sprache mächtigen Patientinnen und Patienten

Ärztinnen und Ärzte haben nach § 8 BO in verständlicher und angemessener Weise aufzuklären. Sie müssen sich im Rahmen der Aufklärung vergewissern, ob ein Patient die Informationen verstanden hat. Ist der betreffende Patient nach der ärztlichen Überzeugung der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig, hat die Aufklärung in einer Sprache zu erfolgen, die der Patient versteht. Erforderlichenfalls ist eine sprachkundige Person oder ein Dolmetscher auf Kosten des Patienten hinzuzuziehen. Besteht ärztlicherseits allerdings der Eindruck, dass der Patient ausreichend der deutschen Sprache mächtig ist, so kann erwartet werden, dass der Patient mitteilt, sofern er etwas nicht verstanden hat.

Dokumentation der Aufklärung

In § 630f Abs. 2 BGB sind nun die dokumentationspflichtigen Inhalte geregelt. So müssen jetzt u. a. Einwilligungen und Aufklärungen dokumentiert werden. Dabei dürfte es rechtskonform sein, die betreffenden Aufzeichnungen knapp zu halten. Neu und über die frühere

Rechtsprechung hinausgehend ist zudem die in § 630e Abs. 2 BGB geregelte Verpflichtung, Patientinnen und Patienten Abschriften derjenigen Unterlagen auszuhändigen, die diese im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet haben.

Aufklärungsmangel mit Folgen

Die Pflicht zur Dokumentation der Aufklärung ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass die Ärztin oder der Arzt nach § 630h Abs. 2 BGB in einem etwaigen Zivilrechtsstreit zu beweisen hat, dass sie/er eine Einwilligung eingeholt und entsprechend den geltenden Anforderungen aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht diesen Anforderungen, können Ärztinnen und Ärzte sich ggf. noch darauf berufen, dass die Patientin oder der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte, d. h. der ärztliche Eingriff nicht auf dem Aufklärungsmangel beruht. Neben einer zivilrechtlichen Haftung mangels wirksamer Einwilligung kann ein Aufklärungsmangel weitere Folgen haben: Strafrechtlich gesehen bedeutet der ärztliche Eingriff eine Verletzung der körperlichen Unversehrtheit der Patientin oder des Patienten. Ein solcher Eingriff wird nur dann nicht als rechtswidrige Körperverletzung angesehen, wenn die Patientin oder der Patient eigenverantwortlich in diesen eingewilligt hat. Zumeist ist die Wirksamkeit der Einwilligung allerdings von der hinreichenden ärztlichen Aufklärung abhängig. Außerdem wäre ein Unterlassen der geforderten ärztlichen Aufklärung i. d. Regel als Berufspflichtverstoß (gegen § 8 BO) zu werten.

Für Fragen zur ärztlichen Aufklärungspflicht können sich Berliner Ärztinnen und Ärzte an die Abteilung Berufsrecht der Ärztekammer Berlin wenden. Kontaktmöglichkeiten und Beratungszeiten finden Sie auf der Homepage unter: www.aerztekammer-berlin.de → Arzt → Recht → Ihre Ansprechpartner

¹ vgl. Landgericht Heidelberg - Urteil v. 29.06.2011 (Az.: 4 O 95/08).

„Das Feedback ist der Schlüsselfaktor“

Bericht vom ersten CIRS-Symposium der Ärztekammer Berlin am 20. März 2015

Aus Fehlern lernen – das ist das Ziel, das klinikinterne Berichts- und Lernsysteme (kurz CIRS) erreichen wollen. Doch Erfahrungen aus der Praxis zeigen: Mitarbeiter und Führungskräfte stehen CIRS bisweilen reserviert gegenüber. Auch die Angst, vom Arbeitgeber aufgrund einer Fehlermeldung rechtlich belangt zu werden, spielt dabei eine Rolle, das wurde auf dem ersten CIRS-Symposium der Ärztekammer Berlin deutlich. Wie bringt man also Ärzte und Pfleger dazu, CIRS zu nutzen? Und welche Meldungen über welche Ereignisse gehören dort eigentlich hinein?

„Echte Helden melden!“ Mit diesem Slogan versucht die Uniklinik Rotterdam ihre 13.000 Mitarbeiter dazu zu motivieren, das hauseigene Berichts- und Lernsystem zu nutzen. Immerhin 10.000 Meldungen zählt das größte Uniklinikum der Benelux-Staaten pro Jahr. Doch damit ist Dr. Markus Klimek, Vorsitzender der dortigen Zentralen Inzidentenkommission und stellvertretender Direktor der Klinik für Anästhesiologie, überhaupt noch nicht zufrieden. „Bei allem, was wir tun, müsste die Zahl der Rückmeldungen viel höher sein“, sagte der gebürtige Kölner.

Die Rotterdamer Uniklinik arbeitet seit zehn Jahren hart daran, eine Meldekultur zu etablieren, um damit eine „Kultur der dynamischen Verbesserung“ zu schaffen. Für neue Mitarbeiter gibt es eigens Einführungsveranstaltungen, in denen Klimek immer wieder aufs Neue versucht, folgende Botschaft an den Mann zu bringen: „Wir machen alle Fehler. Keiner will sie machen, aber sie geschehen, weil keiner perfekt ist.“

Wenn Fehler sich nicht vermeiden lassen, ist es umso wichtiger, aus ihnen zu lernen. Denn, so Klimek: „Menschliches Versagen ist nicht die Ursache eines Fehlers, sondern der Effekt eines darüberliegenden Problems.“ Aus diesem Grund wird in Rotterdam weniger das Resultat eines Fehlers betrachtet, sondern vor allem die Entstehungsgeschichte bis zum Beinahe-Schaden beleuchtet.

So lässt sich dann entscheiden, ob Prozesse, Organisations- oder Kommunikationsabläufe verbessert werden müssen. „Beinahe-Schäden sind besonders interessant, weil hier Barrieren funktioniert haben, die man dann nur weiter verstärken muss“, so Klimek auf dem CIRS-Symposium Mitte März.

Die Rotterdamer wollen alles über die Genesis eines Fehlers wissen und da fast alle vertraulich, also mit Angaben der Abteilung, bzw. des eigenen Namens berichten, haben die CIRS-Beauftragten der Uniklinik auch meist die Möglichkeit, denjenigen, dem ein Fehler unterlaufen ist, zu befragen. „Der kann einem doch

am besten erzählen, was passiert ist“, so Klimek. Dass der Meldende rechtlich nicht belangt wird, ist Teil des Systems, wobei Straftaten natürlich nicht sanktionsfrei sind.

Bei allen sich bietenden Gelegenheiten werden die Mitarbeiter der Uniklinik Rotterdam an CIRS erinnert, damit sie es nicht aus den Augen verlieren. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen etwa ist das Lernsystem Pflichtthema ebenso bei den Managementbesprechungen. Zudem muss jede Abteilung pro Jahr mindestens zwei Risikoanalysen vorlegen. Und gibt es Beschwerden von Patienten, wird kontrolliert, ob es dazu auch eine interne Meldung gibt. Besonders gefordert bei der Akzeptanz der internen Lern- und Berichtssysteme

sieht Dr. Markus Klimek die Ärzte: „Das ist ihre Aufgabe.“

Noch viel mehr in der Pflicht sieht Professorin Tanja Manser, Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Uni Bonn, die Führungskräfte in den Kliniken. Studien belegten, dass bei der Akzeptanz von CIRS besonders die Einstellung der direkten Vorgesetzten eine große Rolle spiele. „Gerade bei Ärzten ist die Unterstützung durch die Leitungsebene wichtig“, sagte Manser auf dem Symposium. Sie müssten ihre Mitarbeiter dazu ermutigen, ihre Meinung auch gegen den „Mainstream“ zu äußern und über Fehler und kritische Ereignisse offen zu reden.

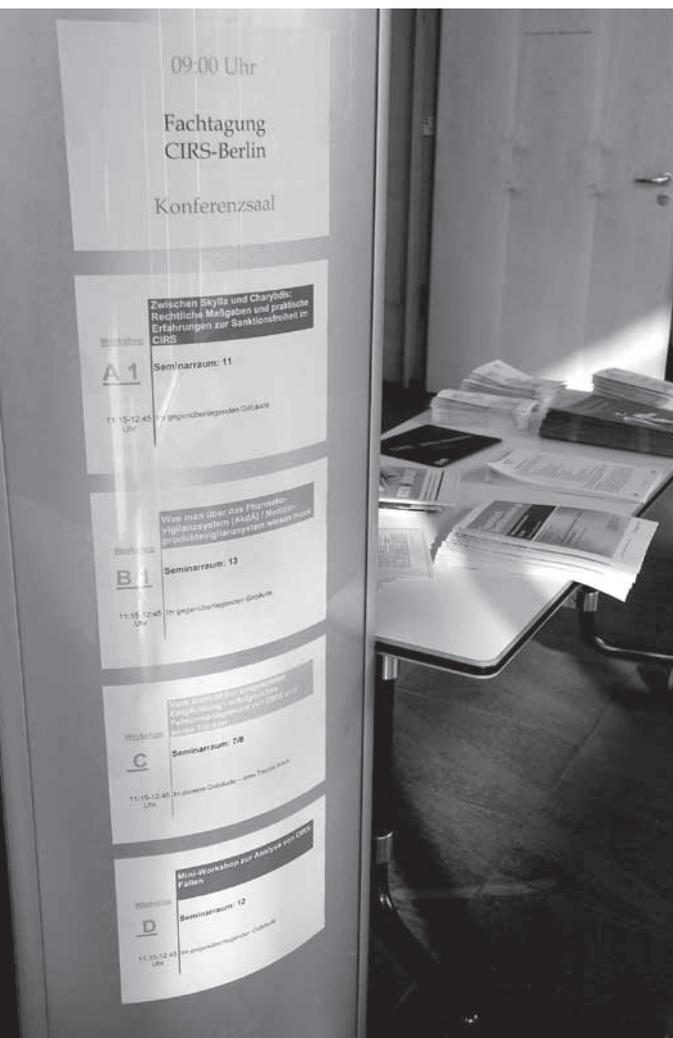
Fragt Tanja Manser Klinikmitarbeiter, warum sie CIRS nicht nutzen, bekommt sie viele Gründe zu hören: keine Zeit, Formular nicht gefunden, Unsicherheit, was überhaupt berichtet werden soll, oder Angst vor Sanktionen. Schürft die Arbeitspsychologin aber tiefer, stößt sie noch auf einen anderen Grund, warum Berichtssysteme teilweise nur zögerlich angenommen werden: Oft gibt es keine Rückmeldungen von den Krankenhäusern oder den CIRS-Beauftragten, was aus dem Bericht wurde und welche Konsequenzen daraus gezogen wurden.

„Das Feedback ist der Schlüsselfaktor“, so Manser. Gerade Ärzte, zeigen Studien, wollen wissen, wie effektiv die Fehlermeldung war: Was ist im Folgenden passiert und vor allem macht die Maßnahme, die ergriffen wurde, die Versorgung für den Patienten sicherer und ist das im Arbeitsalltag zu spüren? Wenn CIRS über Einrichtungsgrenzen hinweg und dadurch anonym betrieben werden, ist das Feedback an die richtige Person oder Einrichtung eine große Herausforderung.

In der Praxis spielt offenbar auch die Angst vor disziplinarischen Maßnahmen des Arbeitgebers eine große Rolle dabei, warum Mitarbeiter internen Berichts- und Lernsystemen skeptisch gegenüber stehen. „Wir sind nur ein kleines Haus“, berichtete auf dem CIRS-Symposium eine Teilnehmerin. „Jeder weiß, wo was passiert. Es gab bei uns deswegen auch schon Kündigungen. Bis Vertrauen in ein solches System entsteht, wird es noch dauern.“ Ebenso berichtete ein anderer Teilnehmer von disziplinarischen Maßnahmen bei Fehlern in der Vergangenheit, „die im Gedächtnis der Mitarbeiter geblieben sind“. Die Angst, dass CIRS zu arbeitsrechtlichen Sanktionen führen könne, sei groß.

Rechtsanwalt Rolf-Werner Bock von der Berliner Kanzlei Ulsenheimer & Friedrich versuchte, die Ängste zu zerstreuen. Denn nach § 135 a SGB V dürfen Meldungen und Daten nicht zum rechtlichen Nachteil des Berichtenden verwendet werden. Die Gewährleistung von Sanktionsfreiheit ist demnach ein wesentliches Element eines internen Berichts- und Lernsystems. Dies gelte allerdings nur bedingt, so Bock, der dazu aus den tragenden Gründen zur Richtlinie über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Klinik-Qualitätsmanagement zitierte. Dort betont der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), dass die Sanktionsfreiheit nicht „uneingeschränkt“ gilt. Wörtlich heißt es: „Ergeben Informationen aus anderen Quellen, dass einem Mitarbeiter erhebliche oder wiederholt nicht unbedeutende Fehler unterlaufen, muss es dem Krankenhaus – gerade auch im Sinne der Aufrechterhaltung eines hohen Qualitätsstandards für die Versorgung der Patienten – möglich sein, dieses Fehlverhalten des Mitarbeiters arbeitsrechtlich zu sanktionieren.“

Nach diesen Grundsätzen handelte ein Krankenhaus in Süddeutschland also richtig, das die Arbeitsweise eines Kooperationsarztes aufgrund eines CIRS-Berichtes näher durchleuchtete und ihm schließlich die Beendigung der Zusammenarbeit nahelegte. Den Geschäftsführer plagte, wie er in einem Workshop auf dem CIRS-



Auf dem Programm des ersten CIRS-Symposiums standen unter anderem vier Workshops.



Fotos: M. Peeters

Begrüßung der Teilnehmer/Innen durch Kammerpräsidenten Günther Jonitz.

Symposium berichtete, das schlechte Gewissen, das CIRS-System missbraucht zu haben, „weil ja die Anonymität durchbrochen wurde“. Rechtsanwalt Rolf-Werner Bock betonte in diesem Zusammenhang, dass ein manifestes Fehlverhalten oder mangelnde Qualifikation durch die Sanktionsfreiheit des CIRS nicht „ausgehebelt wird“.

In den Diskussionen in den verschiedenen Workshops wurde deutlich, dass die im CIRS garantierte Sanktionsfreiheit nur auf die Meldung von Beinahe-Schäden angelegt ist, also auf Ereignisse, bei denen kein Patient zu Schaden gekommen ist. Der Grund: CIRS soll das Lernen aus Fehlern ermöglichen, hat aber „nicht das Ziel, Schuld- oder Haftungsfragen zu klären“, wie der GBA in den tragenden Beschluss-Gründen betont. Für die Meldung potenzieller Haftpflichtfälle seien die Berichtssysteme daher ungeeignet.

Freilich gibt es Krankenhäuser, in denen Mitarbeiter auch Schäden im Berichts- und Lernsystem melden können. Doch selbst wenn das interne CIRS nur für Berichte über Beinahe-Schäden vorgesehen ist, kommt es in der Praxis immer wieder vor, dass Schäden dort landen. Wie soll dann mit diesen umgegangen werden?

In der Charité werden gemeldete Schäden grundsätzlich nicht freigeben. Einerseits, so Dr. Julia Rohe, Mitarbeiterin des dortigen Qualitäts- und Risikomanagements, weil die freigegebenen Berichte für jeden Mitarbeiter lesbar sind und da-

mit die Gefahr besteht, dass sie an die Öffentlichkeit gelangen können. Andererseits sollen auf diese Weise auch Mitarbeiter geschützt werden.

Bisweilen werden Schadensereignisse aber auch im CIRS gelassen und nach einer Bearbeitung freigegeben, wenn ein „größtmöglicher Lerngewinn“ zu erwarten ist. Das kann bei passageren oder geringen Schädigungen passieren, bei denen keine Klage durch den Patienten zu erwarten ist. Ist der Schaden mehr als nur vorübergehend, wird der Bericht von Mitarbeitern im zentralen Qualitätsmanagement ohne den Schaden umgeschrieben und im CIRS freigegeben. „Wenn eine Umschreibung nicht möglich ist, wird er auch nicht veröffentlicht“, betonte Rohe.

„Als schwierig“ bezeichnete es Dipl.-Med. Gerd Schröter vom Unfallkrankenhaus Berlin (UKB), die Mitarbeiter dazu zu bringen, im CIRS nur Ereignisse ohne Schadensfolgen zu melden. Doch auch das UKB löscht nicht rigoros alle Schäden aus dem Berichtssystem. Als Beispiel nannte Schröter einen Fall, in dem eine OP-Aufklärung nicht erfolgt war und deshalb die Operation abgebrochen werden musste. „Wir haben uns dazu entschieden, dies zu veröffentlichen, weil so etwas auf keinen Fall wieder passieren soll“, sagte Schröter, der CIRS-Vertrauensperson im UKB ist.

Patientensicherheit und Sicherheitskultur – beides ist für Ärzte im Allgemeinen und für Krankenhäuser im Besonderen

nach Ansicht von Ärztekammer-Präsident Dr. Günther Jonitz längst ein „normales Thema“. Seit zehn Jahren sei die deutsche Ärzteschaft in diesem Bereich aktiv. Als prägnantes Beispiel nannte er die Broschüre „Aus Fehlern lernen“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS), die 2008 einen „riesigen Medienhype“ verursacht habe. „Heute lassen die Kliniken nicht mehr die Rollläden runter, wenn ein Fehler passiert, sondern nehmen dazu Stellung“, lobte Jonitz. Er hob hervor, dass das Thema Patientensicherheit mittlerweile auch wissenschaftlich fundiert begleitet wird. So etwa durch das vom APS initiierte Institut für Patientensicherheit an der Uni Bonn, das sich seit 2009 explizit diesem Forschungsschwerpunkt widmet.

Julia Frisch, Freie Journalistin

CIRS Berlin: Der aktuelle Fall

Ein Fehler setzt sich fort



NETZWERK CIRS BERLIN

Was ist das Netzwerk CIRS-Berlin?

Das Netzwerk CIRS-Berlin (www.cirs-berlin.de) ist ein regionales, einrichtungsübergreifendes Fehlerberichts- und Lernsystem. Hier arbeiten derzeit 25 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. Damit andere von den teilnehmenden Kliniken lernen können, werden aktuelle Fälle auch in BERLINER ÄRZTE veröffentlicht.

Beide Präparate werden von einer Firma angeboten und sehen – sowohl von der Verpackung als auch als Ampullen – sehr ähnlich aus. Die Applikationsform ist jedoch auf der Packung nicht deutlich genug erkennbar; d. h. wir haben hier ein typisches „look-alike“-Problem. Zudem fehlte sowohl auf dem Rezept als auch auf dem im Kühlschrank hinterlegten Zettel die Angabe der Darreichungsform. Ob die Angaben auf dem Zettel nochmals unter Verwendung der Patientenakte kontrolliert worden sind, geht aus dem Bericht leider nicht hervor.

Ein/e Pflegende/r berichtet ein erstmalig aufgetretenes Ereignis aus der Neurologie:

Eine Patientin (ca. 30-40-jährig) kam am Wochenende zur i.v.-Kortison-Infusionstherapie. Die Flexüle war bereits auf der neurologischen Station vom Arzt vom Dienst (AvD) gelegt worden. Laut hinterlegtem Zettel (ohne Unterschrift) erhält die Patientin Tetracosactid. Das Medikament hatte sich die Patientin in der Apotheke geholt und mitgebracht, es lag zunächst im Kühlschrank der Station.

Das Medikament wurde dann für eine Infusion vorbereitet. Allerdings war die mitgebrachte Ampulle nur für eine i. m. Injektion vorgesehen (Hinweis auf der Packung). Zudem enthielt der Beipackzettel den ausdrücklichen Hinweis, dass diese Ampulle nur zur i. m. und nicht zur i. v. Gabe bestimmt ist. Tetracosactid 0,25mg/1ml zur i. v.-Gabe war nicht auf der Neurologie vorrätig.

Daraufhin wurde der neurologische AvD informiert. Dieser führte mit der Patientin ein Gespräch und setzte die Therapie für das Wochenende aus.

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

In diesem Bericht zeigt sich, dass es an mehreren Stellen im beschriebenen Behandlungsprozess zu Fehlern gekommen ist:

- Bei der Ausstellung des Rezepts im Krankenhaus (ohne Angabe der Applikationsform).
- Bei der Ausgabe des Medikaments in der Apotheke (bei der von zwei möglichen Darreichungsformen eine ausgegeben wird, ohne dass eine Rückfrage erfolgt, welche die richtige sei).
- Bei der Annahme und Vorbereitung des Medikamentes auf der Station (bei der nicht auffiel, dass es nicht intravenös verabreicht werden darf).
- Fast bei der Gabe des Medikamentes: Hier fiel glücklicherweise auf, dass das für die intramuskuläre Gabe gedacht Depotpräparat vorlag. Die letzte Sicherheitsbarriere (die Kontrolle vor Anlegen der Infusion) hat glücklicherweise nicht versagt!

Wichtige Empfehlungen aus diesem Ereignis:

Auch bei ambulanten oder teilstationären Patienten muss gelten,

- dass vor Verabreichung von Medikamenten, insbesondere intravenösen Gaben, alle Angaben der Verordnung nochmals geprüft werden: Medikament, Dosis/Konzentration, Applikationsweg, Applikationszeit und der richtige Patient.
- Gerade bei ambulanten oder teilstationären Patienten kann eine weitere Sicherheitsbarriere genutzt werden – der Patient. Wenn dieser ebenfalls alle Informationen der Anordnung kennt, kann er in der Apotheke und vor Ort in der Klinik mithelfen, dass er das richtige Medikament erhält.

Diesen Fall können Sie auch unter der Nummer 113992 unter www.cirs-berlin.de nachlesen.

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

Was sonst noch passierte ...

Kostenpflichtige Dummheit

Da gibt es jemanden, der tatsächlich Biologie studiert hat und das Vorhandensein von Masernviren bestreitet. Nicht völlig unerwartet, denn dieser Herr namens Stefan Lanka war schon früher durch seine wirren Ansichten zur HIV-Problematik auffällig geworden. Aber dann, im Jahr 2011, dekorierte er seine Ignoranz mit der Auslobung eines 100.000-Euro-Preises für den, der ihm die Existenz von Masernviren beweist. So viel Frechheit wird beim Fußball oft mit

einem Tor belohnt. In diesem Fall wurde es ein Eigentor.
Denn: Ein Medizinstudent namens David Bardens liest die Ausschreibung und erkennt Handlungsbedarf. Erstens sich verwissern: Ist das kein Spaß? Nein, versichert Herr Lanka, das ist Ernst. Zweitens in der Uni-Bibliothek eine Handvoll hochkarätige Arbeiten raussuchen und an Herrn Lanka schicken. Der glaubte, trotz der renommierten Fachartikel, auf die Zahlung des Preisgeldes verzichten zu können.

Nicht aber Herr Bardens, denn der zog (drittens) vor Gericht..... und gewann. Alles rechtens, sagte das Landgericht Ravensburg, nachdem es sogar noch einen prominenten Sachverständigen bemüht hatte. Herr Lanka möge bezahlen.

Resümee: Schön ist, dass bei den Medizinstudenten die Viren nicht unter „Glauben“, sondern unter „Wissen“ abgelegt sind. Und gut ist, dass ein deutsches Gericht einen so peinlichen Fall von Ignoranz nicht als Meinungsfreiheit durchgehen lässt, sondern es als kostenpflichtige Blödsinn öffentlich macht.

ldm

f e u i l l e t o n

Mühsam aufzubauen, leicht zu verspielen

Der 40. Workshop Medizinethik von St. Joseph-Krankenhaus und Evangelischer Akademie widmete sich dem Vertrauen in das Krankenhaus, einem wichtigen Bestandteil wirksamer Medizin.

Herr Z. hat ein Kolonkarzinom mit Lungenmetastasen, wegen der Nähe zu großen Blutgefäßen wurden sie

zunächst als inoperabel angesehen. Nun ist ein junger Arzt mit einem neuen Verfahren an die Klinik gekommen, man rät

Herrn Z. zur Operation. Die Angehörigen des älteren Herrn sind sich unsicher. „Bisher verlief hier alles sehr menschlich“, sagt schließlich die Tochter. Sie plädiert dafür, den Eingriff zu wagen. Und sie mahnt die eher skeptische Mutter: „Wir sollten auch ein wenig Vertrauen ins Krankenhaus haben.“

Herr Z. ist ein erfundener Patient, doch Ähnlichkeiten mit lebenden Personen und Situationen sind beabsichtigt: Mitglieder des Arbeitskreises „Ethische



Foto: Fotolia

Anspielungen“ des St.-Joseph-Krankenhauses spielten die Szene am 21. März zur Eröffnung des Workshops Medizinethik, den das Tempelhofer Krankenhaus nun schon zum 40. Mal in Zusammenarbeit mit der Evangelischen Akademie zu Berlin veranstaltete. Das Thema diesmal: „Vertrauen in das Krankenhaus – die beste Medizin?“

Wächst das Vertrauen im selben Maß, in dem die Krankenhäuser sich als transparente, qualitätsgeprüfte Institutionen präsentieren und als solche auf dem Markt konkurrieren? Wer heute ein Krankenhaus betritt, wird meist durch eine beachtliche Zahl von Plaketten darauf hingewiesen, dass sich hier mehrere zertifizierte Organzentren befinden, dass die Aktion „Saubere Hände“ die hygienischen Voraussetzungen optimiert, dass regelmäßig Prüfungen der Struktur- und Prozessqualität vorgenommen werden und dass das Krankenhaus nach den Kriterien von WHO und UNICEF „stillfreundlich“ ist. Kommt der potenzielle Patient aber am Klinik-Kiosk vorbei, dann erwarten ihn unter Umständen Schlagzeilen, die das Vertrauen in die Krankenhäuser unterminieren: „Hygieneskandal: Frühchen sterben an Krankenhauskeimen“, „Amputation: Patient verliert gesundes Bein“ oder „Dementer Patient drei Tage lang im Klinik-Fahrstuhl eingesperrt“.

Welche Rolle spielt der fast altertümlich anmutende Begriff Vertrauen überhaupt (noch) für mündige Patienten, die Zweit-

Selbstbestimmung keine Gegensätze darstellen. „Sie stehen in der Medizin zwar in vielfältigen Spannungen zueinander, sind aber zugleich auch aufeinander angewiesen. Autonomie ist das Ergebnis eines zwischenmenschlichen Prozesses, in dem Vertrauen eine wesentliche Rolle spielt“, so die Koordinatorin des gerade abgeschlossenen Forschungsprojekts „Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin“. Beier beschrieb Vertrauen als „die positive Erwartung, dass eine Vertrauensperson ihre Ermessensspielräume im Sinne des Vertrauenden nutzt“. Rechtliche Regulierungen und standesrechtliche Rahmenbedingungen, für die bei den Medizinerinnen etwa die Ärztekammern sorgen, schaffen hierfür die nötige „Erwartungssicherheit“. Doch das Vertrauen von Menschen in Institutionen sei wesentlich mit dem Handeln Einzelner verknüpft: Sie gestalten, auch in der Institution Krankenhaus, die „Zugangspunkte“ – Orte, an denen Vertrauen aufgebaut, bewahrt aber auch verspielt werden kann. „Die Patienten gewinnen im Krankenhaus vor allem Zutrauen, wenn sie sich als Mensch wahrgenommen fühlen.“

Prof. Dr. Michael Abou-Dakn, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am gastgebenden St.-Joseph-Krankenhaus Berlin-Tempelhof, machte jedoch deutlich, dass es im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten keineswegs um eine Rückkehr zu paternalisti-

schen Vorstellungen gehen kann, nach dem Motto: „Wenn Sie Vertrauen zu mir haben, dann unterschreiben Sie hier!“ In der Geburtshilfe, wo zumindest in den Großstädten mehrere Häuser um gut informierte werdende Eltern werben, würde das ohnehin nicht funktionieren.

Haben konfessionelle Krankenhäuser in Sachen Vertrauen einen Vorsprung? Die Atmosphäre der Menschenfreundlichkeit und der Hilfsbereitschaft erwachse dort aus dem christlichen Menschenbild, sagte Dr. Matthias Heinrich, Weibischof im Erzbistum Berlin. Prinzipiell sei das Gefühl der Geborgenheit im Krankenhaus aber unabhängig von dessen Träger. Umgekehrt betreffen auch die aktuellen „pekuniären und politischen“ Bedrohungen alle Häuser. Der Bischof mahnte: „Auf keinen Fall dürfen unsere Krankenhäuser zu Mogelpackungen werden.“

Kaum etwas hat in den vergangenen Jahren das Vertrauen der Bürger in die Institution Krankenhaus so unterminiert wie die Schlagzeilen über gefährliche Krankenhaus-Keime. Eine drastische Zunahme, wie sie die mediale Berichterstattung suggeriert, gab es indes in den letzten Jahren nicht, so berichtete beim Workshop Petra Gastmeier, Direktorin des Instituts für Hygiene und Umweltmedizin der Charité. Auch die Fixierung der Berichterstattung auf die gefürchteten MRSA sei nicht gerechtfertigt. „Gramnegative Keime machen uns in der letzten Zeit mehr Kopfschmerzen.“ Es müsse alles getan werden, um die Erreger an ihrer Ausbreitung im Krankenhaus zu hindern sowie durch klugen Einsatz von Antibiotika der Herausbildung neuer Resistenzen entgegenzuwirken und durch sorgsamem Umgang mit Kathetern und anderen Devices Infektionen zu vermeiden. Zusammen mit dem Aktionsbündnis Patientensicherheit hat Gastmeier kürzlich zu diesem Thema eine Broschüre für Patienten erarbeitet: Eine nicht sehr spektakuläre, dafür aber vertrauensbildende Maßnahme.

Adelheid Müller-Lissner