

Wi(e)der die Staatsmedizin

Um es vorwegzunehmen: Ich kenne die Staatsmedizin. 16 Millionen ehemalige DDR-Bürger haben sie kennen gelernt, ohne daran zu sterben. Sicherlich war das Gesundheitswesen der am meisten akzeptierte Teil dieses Staates, aber nicht, weil das Gesundheitswesen so gut, sondern weil das System so mies war. Die Mehrheit der in diesem Gesundheitswesen Beschäftigten wollte nach der Wiedervereinigung unter Bedingungen wie in der Bundesrepublik arbeiten – allerdings ohne sie genau zu kennen. Die staatlich regulierte Mangelwirtschaft hatte viel Bedürftigkeit verwaltet und aus dem glanzlosen „VEB Gesundheitswesen“ die erhaltenswerten Strukturen vor der Abwicklung zu bewahren, gelang nur in Einzelfällen.

Nach 1990 wurde der Graben, der sich durch das bundesdeutsche Gesundheitswesen zog, auf das Gebiet der ehemaligen DDR verlängert: Strikte Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung. Wir haben damals gewarnt: Wer gezwungen wird, sich niederzulassen, ist genau so unfrei wie der, dem es verboten wird.

Die freie Berufsausübung ohne staatliche Gängelei und Bevormundung ist der sicherste Weg zu einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung und zu einer verantwortungsvollen Berufsausübung. Dass es dazu einer Aufsicht und letztlich auch einer Kontrolle bedarf, haben Ärztinnen und Ärzte begriffen und die Kammern geschaffen. Auch die Verwendung der Mittel erfordert eine Regulation, vor allem im Umgang mit den Krankenkassen und auch dazu gibt es Institutionen. Die Krankenkassen als diejenigen, die das Geld ihrer Mitglieder verwalten, haben sich ebenfalls organisiert. Der Aufwand aller dieser Apparate wurde

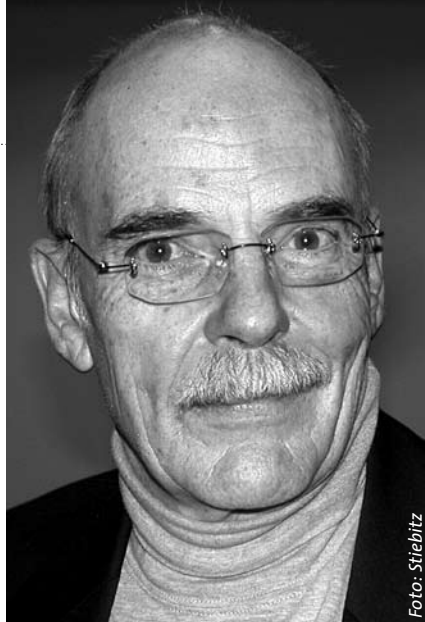


Foto: Stebitz

Professor Harald Mau

ist Direktor der Klinik für Kinderchirurgie an der Charité/Mitte und Mitglied der Delegiertenversammlung

immer größer und teurer. Um die Bedürfnisse der Versicherten zufrieden zu stellen, wird immer mehr Geld benötigt. Die Menschen werden immer älter, das Angebot an Prozeduren, die das Leben verlängern oder die Lebensqualität verbessern, wächst ständig und die Politik verspricht: Jeder bekommt das, was er braucht – wann und wo er will.

Dieses Versprechen kann schon längst nicht mehr eingelöst werden. Das hat jeder Patient inzwischen gemerkt. Er „zahlt zu“! Wenn es nach dem neuen Gesetz geht, muss er „therapiegerechtes Verhalten“ zeigen, sonst wird es noch teurer. Der Arzt muss sich in seinen Verordnungen nach den Weisungen des Gemeinsamen Bundesausschusses richten, der von einer Selbstverwaltungsinstitution zu einer Bundesbehörde mutiert ist. Und bei bestimmten Verordnungen muss ein „Staatskommissar für teure Medikamente“ befragt werden. Der wird im Gesetz anders genannt, aber Kollegen mit Ost-Vergangenheit werden sich noch an die „Nomenklatur C“ erinnern. Ob eine Therapie nützlich ist oder nicht, entscheiden in Zukunft nicht Patient und Arzt, sondern ein staatlich kontrolliertes Institut.

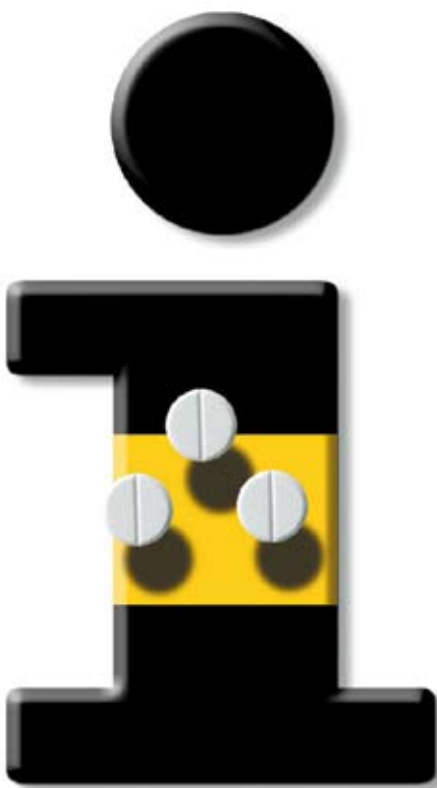
Auf über 500 Seiten der Vorlage des so genannten GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz finden sich noch mehr solcher Vorschläge. Damit ich richtig verstanden werde: Ich habe nichts dagegen, dass der Staat seiner Aufsichtspflicht über

diesen sensiblen Teil des Gemeinwesens nachkommt. Es wäre ein Desaster, wenn im Gesundheitswesen die Sitten und Gebräuche von Banken und Konzernen Einzug hielten.

Ich fände es sogar gut, wenn die Kindermedizin in Zukunft aus Steuermitteln finanziert wird, damit wir wenigstens von diesem unterprivilegierten Teil der Bevölkerung sagen können, dass die Behandlung nach medizinischer Notwendigkeit und nicht nach Einkommens- und Versicherungsverhältnissen erfolgt. Für alle Bürger wird sich das nicht erreichen lassen, schon weil jeder dazu aufgefordert wird, persönliche Vorsorge zu treffen. Das wird – zum Teil unabhängig von den wirtschaftlichen Verhältnissen – individuell sehr unterschiedlich geschehen und daraus wird eine unterschiedliche Abforderung von Leistungen resultieren. Ein anderes Wort als „Klassenmedizin“ fällt mir dazu nicht ein. Scheinbar ist die Gesellschaft auch bereit, das zu akzeptieren – wie im ICE. Wichtig ist nur, dass man, genau wie im ICE, unabhängig davon, ob man 1. oder 2. Klasse fährt, das Ziel erreicht.

Dem mündigen Bürger muss Entscheidungsfreiheit gewährt und dem verantwortungsbewussten Arzt muss (Be-)Handlungsfreiheit gelassen werden. Wenn diese Freiheiten durch ein Netz von Paragraphen eingeschnürt werden, entstehen Missmut und Verdross auf allen Seiten und billiger wird es mit Sicherheit nicht. Das ist die Summe meiner Erfahrungen aus 25 Jahren sozialistischem und 15 Jahren bundesdeutschen Gesundheitswesen.

Harald Mau



TITELTHEMA.....

**Arzneimittel(des)information
Ärzte unter Einfluss**

Mit diesem Titelthema möchte BERLINER ÄRZTE zeigen, wie vielfältig die Einflussnahme der Pharmaindustrie ist und wie sich Ärztinnen und Ärzte dagegen wehren können.....14

**Vollmundigen Versprechungen
nicht trauen**

Von Günther Jonitz.....15

**Arzneimitteldesinformation
eher die Regel als die Ausnahme**

Von Rosemarie Stein.....16

**Der Werbung zum Trotz:
Vernünftig verordnen**

Von Rosemarie Stein.....21

**Protonenpumpenhemmer:
Informationen zur rationalen
Arzneitherapie in der haus-
ärztlichen Praxis**

Von Michael M. Kochen und
Wilhelm Niebling.....23

MEINUNG.....

Wi(e)der die Staatsmedizin

Von Harald Mau.....3

BERLINER ÄRZTE aktuell.....6

**Erste Ergebnisse der bundes-
weiten Kinder- und Jugend-
gesundheitsstudie**

Informationen des Robert Koch-
Instituts.....13

BERUFS- UND GESUND-
HEITSPOLITIK.....**Konsequenter Sparkurs der
Kammer zeigt Erfolg**

Bericht von der Delegiertenversammlung
am 8. November 2006.

Von Sascha Rudat..... 28

**15 Jahre Deutsch-Baltische
Ärztegesellschaft**

Von Hans-Herbert Wegener..... 30

Kaiserin-Friedrich-Haus wird 100

Von Jürgen Hammerstein..... 32

FORTBILDUNG.....

Sicherer verordnen.....12**Fortbildungskalender**

Fortbildungsveranstaltungen der
Ärztekammer Berlin..... 26

BUCHBESPRECHUNG.....

Schwabe, Paffrath

Arzneiverordnungsreport 2006..... 35

FEUILLETON.....

**Lebens-Mittel Kunst im
Krankenhaus**

Am Beispiel der DRK-Kliniken Westend
wird gezeigt, dass Kunst im Krankenhaus
kein hübsches, aber überflüssiges Orna-
ment ist, sondern ein Lebens-Mittel.

Von Rosemarie Stein.....34

Impressum 42

Kammerwahl

Wahl zur 12. Delegiertenversammlung



Abb. Seistern

1. Ablauf der Frist für die Abgabe des Wahlbriefs am 8. Dezember 2006, 18 Uhr

Die Frist zur Abgabe des Wahlbriefs läuft am 8. Dezember 2006 um 18 Uhr ab, das heißt bis zu diesem Zeitpunkt muss Ihr Wahlbrief bei der Ärztekammer eingehen. Sie können den Wahlbrief postalisch einsenden, in der Poststelle der Kammer übergeben oder in den Hausbriefkasten der Kammer (Zugang E.T.A.-Hoffmann-Promenade) einwerfen.

2. Kammer am 8. Dezember 2006 wegen Stimmenaushöhlung nur in Notfällen erreichbar

Am 8. und 9. Dezember 2006 wird der größte Teil der Mitarbeiter der Kammer in die Stimmenaushöhlung und die Nachbereitung der Wahl eingebunden sein. Aus diesem Grund bleibt die Kammer am Freitag, dem 8. Dezember, für Publikumsverkehr mit Ausnahme unaufschiebbarer Angelegenheiten oder Fragestellungen im Zusammenhang mit der Wahl geschlossen.

Anrufe bei den Mitarbeitern werden auf einen zentralen Anrufbeantworter umgeleitet. In Notfällen sollten Sie persönlich vorbeikommen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Weiterbildung

Informationen zum Fachbereich Allgemeinmedizin

Die neue Weiterbildungsordnung (WbO) fordert drei Monate Tätigkeit auf einer internistischen Intensivstation. Dies hätte zu einem Engpass werden können. Deshalb hat die Ärztekammer Berlin die WbO modifiziert. Jetzt kann dieser Weiterbildungsabschnitt durch einen Kurs in der Rettungsmedizin ersetzt werden. So heißt es nun in der 5-jährigen neuen WbO: „12 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung, die auch im ambulanten Bereich ableistbar sind (3-Monatsabschnitte sind anrechenbar) - davon sind 3 Monate Weiterbildung auf einer internistischen Intensivstation obligat (diese können durch einen ACLS-Kurs ersetzt werden).“

Initiativprogramm:

Zwei gute Nachrichten: Der Vertrag zwischen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird zunächst bis Ende 2008 verlängert. Es können also Anträge auf Förderung über 2006 hinaus gestellt werden. Leider sind die Fördergelder auch 2006 nicht im vollen Umfang genutzt worden, insbesondere nicht im stationären Bereich.

In der Verpflichtungserklärung, die die Weiterbildungsassistenten abgeben müssen, ist ein Passus entschärft worden. Bisher waren die Assistenten genötigt zu unterschreiben, dass sie bei einer Tätigkeit im Ausland mit der Rückzahlung der Förderbeträge rechnen müssen. Der

Vorstand der KV Berlin hat nach massiven Protesten eingelenkt. Jetzt wird die Rückzahlung nur verlangt, wenn eine Tätigkeit im Ausland 3 Jahre überschreitet. Nach einer Vereinbarung des Initiativprogramms können nicht genutzte Fördergelder für spezifische Fortbildungen



Abb. Seistern

in der Allgemeinmedizin genutzt werden. Die Kurse, die dann für Weiterbildungsassistenten kostenlos sind, werden vom Hausärzterverband BDA organisiert. Ziel ist eine möglichst breite Weiterbildung des künftigen Hausarztes. Wir wollen darüber hinaus im Gespräch mit erfahrenen Kollegen und Weiterbildern Probleme der Weiterbildung ansprechen und konkrete Hilfestellung beim Berufseinstieg geben. Die Kurse werden seit Juli 2006 angeboten. Ein Einstieg ist jederzeit möglich.

Informationen gibt es über den BDA, Tel. 030/312 92 43

Dr. med. Hans-Peter Hoffert
Vorstandsmitglied der
Ärztekammer Berlin

Jubiläum

MUT feiert 15-jähriges Bestehen

Mit einem Festakt hat die MUT Gesellschaft für Gesundheit am 1. November in der Ärztekammer Berlin ihr 15-jähriges Bestehen gefeiert. Die Tochtergesellschaft der Kammer kümmert sich seit 1991 als freier Träger intensiv um die Beschäftigung von Ärzten, Ärztinnen, Sozialarbeitern, Verwaltungsangestellten und ungelernten Kräften sowie um die Entwicklung und Ausführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekten in den Bereichen Bildung, Umweltschutz, Jugend-, Senioren- und Suchthilfe. Der Festakt stand unter dem Motto „Ein stabiler und verlässlicher Partner in der Berliner Trägerlandschaft“. Bekanntestes Projekt der MUT sind die Obdachlosenpraxen am Ostbahnhof und in Lichtenberg.



Kammer-Vizepräsident Dr. med. Elmar Wille (Foto) hob die besondere Bedeutung dieser Einrichtungen über die Grenzen Berlins hinaus hervor: „Diese niedrigschwelligen Projekte halten uns den Spiegel vor. Die medizinische Versorgung der Ärmsten der Armen ist nicht abgedeckt. Die MUT-Mitarbeiter leisten eine verdienstvolle Arbeit für Menschen, die sonst nicht an der medizinischen Versorgung teilhaben würden, da sie meist nicht krankenversichert sind.“ Wille wies darauf hin, dass die Obdach- und Wohnungslosen in den beiden Praxen nicht nur eine medizinische Erst-, Grund- und Notfallversor-

gung erhalten, sondern darüber hinaus auch die Versorgung mit Essen, Kleidung, Wasch- und Hygienemöglichkeiten. „Und sie erhalten eine Zuwendung, die sie sonst nirgendwo bekommen“, fügte er hinzu und rief zugleich zu Spenden für diese sinnvollen Einrichtungen auf. Hannelore Mouton, Geschäftsführerin des Jobcenters Lichtenberg, betonte darüber hinaus, dass die MUT einen festen Platz im sozialen Netzwerk des Bezirks gefunden habe: „Sie ist einfach nicht mehr wegzudenken.“

Die MUT-Mitarbeiter nutzten die Gelegenheit, den Gästen ihre teilweise schwierige Arbeit im Detail vorzustellen. Die Anwesenden bekamen einen Einblick in die umfangreiche Arbeitsförderung, die Ausbildung von medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten, die Arbeit im Stadtteilzentrum „Pestalozzi-Treff“ in Marzahn-Hellersdorf, die Suchtberatung und das betreute Einzelwohnen in Treptow sowie das Projekt „Sicher und gesund in der Kita“ (sigiki). Dabei wurde deutlich, dass die MUT-Mitarbeiter bei ihrer Arbeit in einigen sozialen Brennpunkten unter sich ständig verändernden gesetzlichen Rahmenbedingungen mit ganz unterschiedlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, die sie mit viel sozialem Engagement meistern. MUT-Geschäftsführerin Dr. Gisela Schick nutzte die Gelegenheit, sich bei den langjährigen Unterstützern und bei ihren Mitarbeitern für deren Einsatzfreude, Leistungsbereitschaft und Kreativität zu bedanken.

Spenden: MUT gGesellschaft für Gesundheit mbH
Berliner Sparkasse
BLZ: 100 500 00, Konto: 133 333 30



Glückwünsche für MUT - Geschäftsführerin Dr. Gisela Schick

Letzte Meldung

Ärzte informieren sich über Influenza

Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz hat zusammen mit der Ärztekammer Berlin über die Vorbereitungen für das Eintreten einer Influenzapandemie in der Hauptstadt informiert. Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte nahmen an der Info-Veranstaltung am 15. November unter der Leitung des Pandemiebeauftragten der Kammer, Dr. med. Michael Peglau, teil.

Die Leiterin des beim Robert Koch-Institut angesiedelten Nationalen Referenzzentrums für Influenza, Dr. Brunhilde Schweiger, erläuterte unter anderem die Struktur des Influenzavirus, die Überwachungsarbeit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) und Auswirkungen einer Influenzawelle. „Influenzaviren sind berühmt-berüchtigt für ihre Variabilität“, erklärte sie. Durchschnittlich sterben nach RKI-Schätzungen rund 10.000 Patienten jährlich an den Folgen einer Influenza-Erkrankung.

Die Referentin für Infektionsschutz der Senatsverwaltung, Dr. med. Marlen Suckau, stellte anschließend die Vorbereitungen des Landes Berlin auf eine Influenzapandemie vor. Man befinde sich in der entscheidenden Phase, in der die Rahmenplanung umgesetzt werden müsse, sagte sie. Die Senatsverwaltung gehe dabei von einer Erkrankungsrate von 30 Prozent der Bevölkerung aus, die zu rund 534.000 zusätzlichen Arztbesuchen, 14.800 Hospitalisierungen und 3.900 Todesfällen in der Hauptstadt führen würde. Derzeit werde bei den Krankenhäusern erfragt, welche zusätzlichen Kapazitäten im Pandemiefall zur Verfügung gestellt werden könnten. Suckau ging dann auf die Bevorratung mit Tamiflu® ein, die derzeit bei 245.000 Therapieeinheiten liege, was für 7,2 Prozent der Bevölkerung reichen würde. Sukzessive sollen die Vorräte soweit aufgestockt werden, dass sie für 20 Prozent der Bevölkerung reichen. Abschließend erläuterte sie mögliche Verhaltensmaßnahmen für niedergelassene Ärzte. Einig waren sich die Expertinnen und die anwesenden Ärzte darüber, dass einfache Hygieneregeln wie Händewaschen zur Eindämmung einer Pandemie eine Grundvoraussetzung seien.

Lesen Sie dazu auch das Titelthema in BERLINER ÄRZTE 9/2006.

Außerordentlicher Ärztetag

Ärzte stellen die Systemfrage

Mit großer Mehrheit haben sich die deutschen Ärzte gegen die geplante Gesundheitsreform der Regierungskoalition ausgesprochen. Die 250 Delegierten des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages am 24. Oktober in Berlin forderten die Regierung und die Mitglieder des Bundestages unter dem Motto „Mehr Freiheit wagen und Verantwortung tragen – Diese Reform jedoch macht krank!“ auf, das Reformvorhaben umgehend zu stoppen. Zugleich machten sie in der Resolution Vorschläge für einen neuen Reform-Entwurf. Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag, der erstmals zusammen mit einer Sonder-Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veranstaltet wurde, warnte vor der Zerschlagung der leistungsfähigen ärztlichen Strukturen und der Schaffung einer alles lenkenden Staatsbürokratie. „Gesundheitspolitik ist keine Sach-



Foto: S. Rudat

frage mehr, Gesundheitspolitik ist eine Machtfrage“ stellten sie fest. Der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Jörg-Dietrich Hoppe, sah das Gesundheitswesen in einer umjubelten Rede „mit Volldampf in die Staatsmedizin“ fahren. Unter dem Etikett „Wettbewerbstärkung“ verberge sich nichts anderes als „zentralistisch gesteuerte Rationierungsmedizin“. Die Bundestagsabgeordneten forderte Hoppe auf, das Reformvorhaben noch zu stoppen. „Haben Sie Mut zu einem Neuanfang – mit uns und nicht gegen uns!“ Hoppe warnte, dass die Ärzte auf den Systemwechsel reagieren und ihrerseits die Systemfrage stellen würden: „Man muss ja nicht unbedingt Vertragsarzt sein.“ Ähnlich äußerte sich KBV-Chef Dr. Andreas Köhler: „Wenn sich das Gesetz an den zentralen Punkten Vertragssystematik und

Honorarordnung nicht verändert, werden es die KBV und die KVen nicht umsetzen.“ In einer gemeinsamen Pressekonferenz bekräftigten Hoppe und Köhler den Systemausstieg, sollte das Gesetz in der geplanten Form umgesetzt werden. „Ein langsames Absterben der KVen machen wir nicht mit“, sagte Köhler. Man müsse rechtzeitig über Alternativen nachdenken.

Vertreter der Regierungskoalition versuchten indes, ihr Reformvorhaben vor den versammelten Ärztevertretern zu verteidigen. Wolfgang Zöllner, stellvertretender Unions-Fraktionsvorsitzender, betonte, es gebe „primär ein Einnahmeproblem“ im Gesundheitswesen. Der Gesetzentwurf enthalte aber zahlreiche Schritte in die richtige Richtung. Den Vorwurf der Staatsmedizin wies Zöllner ebenso zurück wie Elke

Ferner, stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende. Ferner sagte, dies sei die „erste Reform ohne Leistungskürzungen“. Zöllner und Ferners Reden bedachten die Delegierten teilweise mit Pfiffen und Buh-Rufen. Anschließend stellten FDP-Chef Dr. Guido Westerwelle, Dr. Martina Bunge (Die Linke) und Renate Künast (Grüne) die Konzepte ihrer Parteien vor. Einig waren sie sich in der Ablehnung der geplanten Gesundheitsreform. Von den Berliner Delegierten wies Professor Harald Mau (Liste Allianz) auf seine negativen Erfahrungen mit der Staatsmedizin hin. Dies können Sie auf Seite 3 nachlesen.

Den Wortlaut der Resolution und die Rede von Professor Jörg-Dietrich Hoppe finden Sie unter www.baek.de

ANZEIGE

ARZT- UND MEDIZINRECHT

Dr. Marc Christoph Baumgart
Rechtsanwalt

Kurfürstendamm 42
10719 Berlin
Tel. 88 62 49 00
Fax: 88 62 49 02

www.ra-baumgart.de
m.c.baumgart@t-online.de

ANZEIGE



♥ **SYMPATHISCH**
● **ZUVERLÄSSIG UND FAIR**
► **ERFOLGREICH**

Freuen Sie sich schon auf Ihren ALBIS Praxiscomputer?

ALBIS 
Berlin Praxiscomputer

... in Berlin-Grunewald: 030 / 80 99 710

... in Hoppegarten b. Berlin: 03342 / 368 430

Zertifizierter Fortbildungskurs QM**Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

Die Schloss Akademie bietet erneut die fünfteilige Ausbildung zum Qualitätsmanager gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer für Mitarbeiter aller Gesundheitsberufe an. Die Teilnehmerzahl ist auf 18 Personen begrenzt. Seminartage: jeweils Freitag bis Sonntag

Seminarort: **Potsdam, Magdeburg, Jena, Sylt** Leitung: Dr. med. G. Viethen; J. Gernhuber Weitere Kurse unter: www.schlossakademie.de

Beginn Kursteil A:

Potsdam 19.01. – 21.01.2007 Jena 16.03. – 18.03.2007
Magdeburg 15.12. – 17.12.2006 Sylt 20.04. – 22.04.2007

Anmeldung:

Schloss Akademie für
Medizin und Management GmbH
Am Hang 11 · 24113 Molfsee / Kiel

Tel: 0431 – 65 94 99 89

Fax: 0431 – 65 99 77 2

info@schlossakademie.de

www.schlossakademie.de

Ärztemangel**Infoportal wirbt um Hausärzte für Brandenburg**

Ein neues Infoportal im Internet soll Hausärzte nach Brandenburg locken.

Unter www.haus-arzt-in-brandenburg.de werben das brandenburgische Gesundheitsministerium sowie eine ganze Reihe von Institutionen und Organisationen wie beispielsweise die Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB)

für die ambulante Versorgung in der Mark. Das Service-Angebot richtet sich an Fachärzte für Allgemein- und Innere Medizin und soll hausärztliche Perspektiven im Flächenland Brandenburg aufzeigen. Einen Schwerpunkt bildet das Thema Weiterbildung. Die LÄKB und die KVBB haben dazu mit der Landeskrankengesellschaft das Weiterbildungsnetzwerk hausärztliche Versorgung ins Leben gerufen. Eine Weiterbildung aus einem Guss ist das

Ziel. So bietet das Klinikum Barnim seit neuestem einen Fünf-Jahres-Vertrag an. Weitere Brandenburger Standorte, die die Weiterbildung in zeitlicher Kontinuität anbieten, sollen folgen. Daneben richtet sich das Online-Portal auch an Studierende der Medizin. Abgerundet wird das Angebot durch Porträts von Hausärzten, die sich in den vergangenen Jahren in der Mark niedergelassen haben, und einem Diskussionsforum.

Arztpraxen**Auslegepflichtige Gesetze aktualisiert**

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, erinnert anlässlich des Inkrafttretens des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes an die Auslegepflicht bestimmter Gesetze. Jeder Arzt als Arbeitgeber muss demnach eine Reihe von Gesetzen und Verordnungen in seiner Praxis auslegen. Hierzu gehören unter anderem das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz, das Arbeitszeitgesetz, das Jugendschutzgesetz, das Mutterschutzgesetz und die Arbeitsstättenverordnung. Die Berufsgenossenschaften überprüfen die Auslage dieser Vorschriften bei Begehungen regelmäßig.

Der NAV-Virchow-Bund hat deshalb diese umfangreiche Sammlung auslegepflichtiger Gesetze aktualisiert und speziell für Arztpraxen aufbereitet. Die Zusammenstellung mit über 250 Seiten der derzeit gültigen Gesetze ist für 7,50 Euro (Mitglieder) beziehungsweise 20 Euro (Nichtmitglieder) unter dem Titel „Die wichtigsten Gesetze und Verordnungen für die Arztpraxis“ erhältlich beim:



NAV-Virchow-Bund, Belfortstraße 9, 50668 Köln
Tel.: 0221/97 30 05-0, Fax: 0221/7 39 12 39
E-Mail: info@nav-virchowbund.de

Wir haben die Lösung...

bei Entzündungen der ableitenden Harnwege



Uvalysat® S Bürger

Anwendungsgebiete: Entzündliche Erkrankungen der ableitenden Harnwege. Zusammensetzung: 100 g Lösung enthalten: Arzneilich wirksamer Bestandteil: 98,8 g Fluidextrakt aus Bärentraubenblättern (1:2,6:1), entsprechend 5,6 g Hydrochinonderivaten. Sonstige Bestandteile: Salbinsäure, Macrogol-Glycerolhydroxystearat, gereinigtes Wasser. Gegenanzeigen: Uvalysat® S Bürger ist bei Alkoholkranken nicht und bei Leberkranken nur nach Rücksprache mit einem Arzt anzuwenden. In der Schwangerschaft und Stillzeit sollte Uvalysat® S, auch wegen des Alkoholgehaltes, nicht angewendet werden. Zur Anwendung dieses Arzneimittels bei Kindern liegen keine ausreichenden Untersuchungen vor. Es soll deshalb bei Kindern unter 12 Jahren nicht angewendet werden. Warnhinweis: Enthält 22 Vol.-% Alkohol.



Johannes Bürger Ysatisfabrik GmbH

Herzog-Julius-Straße 81 +83 38667 Bad Harzburg
Tel. 0 53 22 - 44 44 Fax 78 02 29

Preise für ungarisches Forscherpaar

Die Charité, die Berliner Medizinische Gesellschaft und die Dr.-Friedrich-Sasse-Stiftung vergeben am 6. Dezember im Rahmen des Tibor-Diamantstein-Gedenksymposiums die Dr.-Friedrich-Sasse-Preise 2004 und 2005 sowie die Dr.-Friedrich-Sasse-Gedenkme-

daillen. Preisträger sind Dr. Klara Tenner-Racz und Professor Dr. Paul Racz (Hamburg).

Aus Anlass der 50-jährigen Wiederkehr des gescheiterten Aufstandes des ungarischen Volkes im Jahr 1956 soll damit auch an die wissenschaftliche Zusammenarbeit zwischen Ungarn und Deutschland, insbesondere Berlin, erinnert werden. Auf der Veranstaltung werden ein verstorbener und zwei lebende ungarische Forscher, die in Deutschland ihre wissenschaftliche Heimat gefunden haben, geehrt.

Namensgeber Tibor Diamantstein war der erste Lehrstuhlinhaber für Immunologie an der Freien Universität Berlin. Geboren 1925 im ungarischen Teil Siebenbürgens, verbrachte er einen Teil seiner Jugend im Konzentrationslager Auschwitz, wo er den größten Teil seiner Familie verlor und wo er selbst den inneren Kreis der Hölle erblickte. Dessen ungeachtet ließ er sich nach seiner Befreiung 1945 in Deutschland nieder und heiratete eine deutsche Frau. Bemerkenswert ist auch die Tatsache, dass das junge Ehepaar das Kind eines SS-Angehörigen in die Familiengemeinschaft aufnahm.

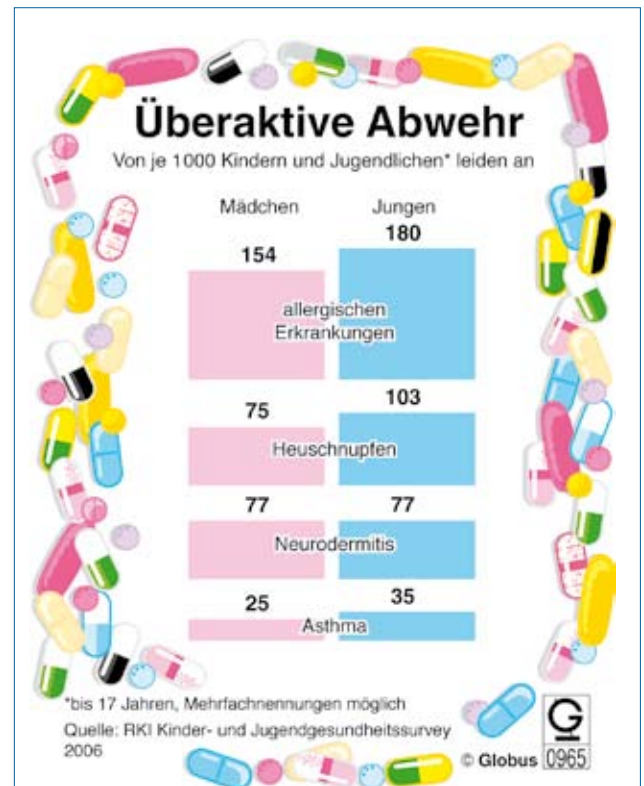
Diamantstein studierte Biochemie und wandte sich zunächst Fragen des Calciumstoffwechsels zu. Am neu entstandenen Klinikum Steglitz der Freien Universität baute er eine immunologische Forschungseinheit auf, die 1987 in den ersten Lehrstuhl für Immunologie mit ihm als Lehrstuhlinhaber aufging. Die Preisträger Paul Racz und Klara Tenner-Racz werden für ihre langjährigen und bahnbrechenden Verdienste um die

Immunopathologie von Infektionen ausgezeichnet werden. Insbesondere auf den Gebieten der Tuberkulose und HIV/AIDS haben beide Forscher wesentliche Beiträge geliefert, die internationale Anerkennung fanden.

Tibor-Diamantstein-Gedenksymposium
Mittwoch, 6. Dezember
14 bis 18 Uhr
Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstr. 58/59, 10117 Berlin

ANZEIGE

ANZEIGE



Bedingt abwehrbereit

Allergische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Gesundheitsproblemen bei Kindern und Jugendlichen. Fast 17 Prozent der bis 17-Jährigen leiden nach Angaben des Robert Koch-Instituts (siehe auch Seite 13) aktuell unter einer solchen Fehlfunktion des Immunsystems, darunter mehr Jungen (18 Prozent) als Mädchen (15 Prozent). Bei mehr als zehn Prozent der Jungen und fast acht Prozent der Mädchen wurde Heuschnupfen diagnostiziert. Rund acht Prozent der Kinder leiden an Neurodermitis, fast vier Prozent der Jungen und knapp drei Prozent der Mädchen an Asthma.

Jugendliche

Kondom erstmals beliebtestes Verhütungsmittel

Zum sechsten Mal seit 1980 hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Jugendliche nach ihrem Sexualverhalten befragt. Die Ergebnisse der Befragung, die 2005 stattfand, sind jetzt veröffentlicht worden. Danach liegt das Kondom bei den Verhütungsmitteln erstmals auf Platz 1.

71 Prozent der Mädchen und 66 Prozent der Jungen verhüten beim ersten Mal mit Kondom und/oder 35 Prozent beziehungsweise 37 Prozent mit der Pille. 1980 lag die Kondomnutzung beim ersten Mal nach Angaben der Mädchen noch bei 32 Prozent, bei den Jungen nur bei 28 Prozent. Im Zuge dieser Entwicklung hat sich die Zahl derjenigen, die beim ersten Mal nicht verhüten, seit 1980 halbiert und liegt jetzt bei 9 Prozent der Mädchen und 15 Prozent der Jungen. Gerade die männlichen Jugendlichen geben als wesentlichen Grund für die fehlende Verhütung an, dass der erste Geschlechtsverkehr ungeplant war und sie von der Situation „völlig überrascht“ waren.

Frauenarztbesuche: Bei den 14-Jährigen ist mit 28 Prozent und bei den 15-Jährigen mit 44 Prozent der Frauenarztbesuch nicht mehrheitlich verbreitet. Mit zunehmendem Alter steigt die Zahl den Angaben zufolge dann sprunghaft an: bei den

16-Jährigen sind es fast drei von vier, und unter den 17-Jährigen bilden diejenigen, die diese Erfahrung noch nicht gemacht haben, mit 13 Prozent eine Minderheit. Dennoch ging die Zahl der sexuell erfahrenen Mädchen, die vor dem ersten Mal zum Frauenarzt/Frauenärztin gehen, von 40 Prozent im Jahr 2001 auf aktuell 34 Prozent zurück.

88 Prozent der Mädchen und 69 Prozent der Jungen, die bereits Geschlechtsverkehr haben, wissen, dass es eine letzte Möglichkeit gibt, wenn kein Verhütungsmittel genutzt wurde oder etwas schief gegangen ist. Damit ist die Kenntnis über die Möglichkeit der Notfallverhütung etwas mehr verbreitet als vor fünf Jahren. Knapp 10 Prozent der Mädchen haben auch bereits persönliche Erfahrung mit der „Pille danach“ gemacht.

Befragt wurde eine Stichprobe von 2.497 Jugendlichen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren sowie deren Eltern.

Die Studie „Jugendsexualität“ steht zum Downloaden unter

www.sexualaufklärung.de

Sie kann auch kostenlos unter folgender Adresse bestellt werden:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln

Fax: 0221/8 99 22 57, E-mail: order@bzga.de

Chefarztwechsel und neue Strukturen



Aus Berliner Krankenhäusern wurden uns folgende Änderungen gemeldet:

Jüdisches Krankenhaus Berlin

Nachfolger des langjährigen Ärztlichen Direktors des Jüdischen Krankenhauses, Dr. Uri Schachtel,

der am 31. Oktober 2006 in den Ruhestand verabschiedet wurde, ist Dr. Jechezkel Singer. Dr. Singer ist Facharzt für Innere Medizin, anerkannter Gastroenterologe und Diabetologe. Als Chefarzt leitet er seit 1980 die Abteilung für Innere Medizin III.

ZAR Neurologie Berlin Mitte

Seit dem 1. Juli 2006 sind die Fachärzte für Neurologie Dr. Helge Iwersen-Schmidt als Leitender Arzt

und Univ.-Prof. Dr. Jörg Wissel als Ärztlicher Direktor des ZAR-Neurologie in Berlin Mitte tätig. Dr. Iwersen-Schmidt war bereits mehrere Jahre Oberarzt im ZAR. Prof. Dr. Wissel repräsentiert in seiner Funktion als Ärztlicher Direktor der Kliniken Beelitz GmbH und Chefarzt der Neurologischen Rehabilitation und des ZAR-Neurologie die enge Kooperation beider Einrichtungen.

Bitte informieren Sie uns über Veränderungen bei Chefarztpositionen und Abteilungsstrukturen in Ihrem Hause.

Tel. 40 80 6-4101, Fax: -4199, E-Mail: e.piotter@aekb.de

Metoclopramid / Dexamethason

Intraoperative Gabe

In einer deutschen Studie an über 4000 Patienten wurde die Gabe von 10, 25 oder 50 mg Metoclopramid in Kombination mit 8 mg Dexamethason zur Prävention postoperativen Erbrechens untersucht. Dabei war die Gabe von 25 mg Metoclopramid ebenso effektiv wie 50 mg, verzögert einsetzende Übelkeit/Erbrechen (nach über 12 h postoperativ) konnten jedoch nur durch

die höhere Dosis beherrscht werden. Intraoperativer Blutdruckabfall und Tachykardie korrelierten mit der Dosis von Metoclopramid (bis zu circa 18 % der Patienten in der höchsten Dosis). Dyskinesien, extrapyramidale Symptome oder Geschmacks- und Geruchsstörungen waren nach Angaben der Autoren nur marginal. Als Rescue-Medikation wurden Dimenhydrinat oder Dolasetron eingesetzt.

Quelle: Brit. med. J. 2006; 333: 324

Anmerkung: Auch im Zeitalter hochwirksamer 5-HT₃-Rezeptor-Antagonisten und in ihrer Wirksamkeit noch nicht endgültig einschätzbarer Neurokinin-1-Rezeptor-Antagonisten wie Aprepitant (Emend®) haben alte Therapieformen durchaus noch ihren Stellenwert, vorausgesetzt die Dosis ist adäquat (10 mg Metoclopramid waren in dieser Studie nicht signifikant wirksam) und eine Kombination zweier Antiemetika wird angewandt. Die Autoren diskutieren diese Möglichkeit als Königsweg, da kein einzelner Arzneistoff als universell wirksames Antiemetikum gelten kann.

Pharmaindustrie

Mögliche Zensur?

Ein Fachverlag hat einen kritischen Artikel gestrichen, so dass nur die Ankündigung im Inhaltsverzeichnis des Heftes verblieb. Die beiden

Autoren, anerkannte Experten auf dem Gebiet der praktischen Anwendung von Arzneimitteln, sind verwundert. Damit ihre Aussagen nicht verloren gehen, nachfolgend ihr Resümee:

Protonenpumpenhemmer: Trotz entsprechender Werbeaussagen fehlen

zweifelsfreie Nachweise für klinisch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Mitteln. In einem vorhergehenden Artikel schrieben sie:

Sartane: Sie sind älteren Mitteln zur Hochdrucktherapie nicht über-

legen. Sie können nur dann empfohlen werden, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden.

Quelle: Süddeutsche Zeitung vom 19.9.2006

Simvastatin / Amiodaron

Interaktion

Nach 5-jähriger Therapie mit 20 mg Simvastatin/d erhielt ein 78-Jähriger zusätzlich 200 mg Amiodaron. Innerhalb von 4 Monaten traten Muskelschmerzen auf, die der Hausarzt als altersbedingte muskuläre „Wehwechen“ einschätzte. Erst nachdem 8 Jahre später die

Simvastatindosis verdoppelt wurde, die Symptome sich verschlimmerten und der Patient sich beim Heben einen Muskelriss zuzog, wurde eine erhöhte Kreatinkinase festgestellt und die Simvastatindosis wieder auf 20 mg/d reduziert. Innerhalb von 8 Wochen erfolgte eine Besserung seiner Symptome.

Quelle: Australian Prescriber 2005; 28(4): 102

Anmerkung: Das Erkennen von unerwünschten Wirkungen ist besonders bei Symptomen erschwert, bei denen eine andere Diagnose wahrscheinlicher erscheint. Der geduldige Patient macht deutlich, dass bei entsprechender Erklärung des Arztes leichte UAW als schicksalhaft ertragen werden können (hier über 8 Jahre!). Daran sollte bei vorschnellen Diagnosen gedacht werden. Übrigens: In den deutschen Fachinformationen wird beschrieben, dass bei gleichzeitiger Einnahme von Amiodaron eine Dosis von 20 mg/d Simvastatin nicht überschritten werden darf.

Anregungen, Vorschläge und insbesondere kritische Anmerkungen aus Praxis und Klinik zu den Artikeln dieser Serie sind ausdrücklich erwünscht.

Tel.: 0211/4302-1589, Fax: -1588, E-Mail: dr.hopf@aeckno.de
Dr. Günter Hopf, ÄK Nordrhein, Tersteegenstr. 31, 40474 Düsseldorf

Nachdruck aus dem Rheinischen Ärzteblatt 12/2006

A
N
Z
E
I
G
E

 **MedConsult**
Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-Arztstuhlauschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungskonzepte

Praxiskooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

**Burkhardt Otto
Olaf Steingraber**

**FAB Gesellschaft für
Investitionsberatung**

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG
Giesebrechtstraße 6 · 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 · Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Erste Ergebnisse der bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheitsstudie

Am 25. September 2006 hat das Robert Koch-Institut in Berlin auf einem Symposium Vertretern aus Wissenschaft, öffentlichem Gesundheitsdienst, Gesundheitspolitik, den Medien und der interessierten Öffentlichkeit erste Ergebnisse einer bundesweit repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) vorgestellt.

Im Rahmen von KiGGS wurden von Mai 2003 bis Mai 2006 vom Robert Koch-Institut (RKI) umfangreiche Daten über den Gesundheitszustand der 0- bis 17-Jährigen in Deutschland erhoben. Vier ärztlich geleitete Teams untersuchten eine repräsentative Stichprobe von 17.641 Probanden an 167 Orten, dabei waren 5 dieser zufällig ausgewählten „Sample Points“ in Berlin angesiedelt. Finanziert wurde diese Studie durch das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie das Robert Koch-Institut. Durch Befragung, Untersuchung und Messung wurden konjunkto Parameter erhoben zur körperlichen und seelischen Gesundheit, zur sozialen Situation, zum Gesundheits- und Risikoverhalten sowie zur medizinischen Versorgung. Die Studie erreichte eine auch im internationalen Vergleich hervorragende Teilnehmerrate von 66,6% aller eingeladenen Probanden. Leider ist zu vermerken, dass Berlin, trotz intensivster Bemühungen, mit einem Durchschnitt von 61% das Schlusslicht unter allen Studienstädten darstellt.

Übergewicht und Adipositas

Es wurde unter anderem festgestellt, dass 15% der Kinder und Jugendlichen von 3 bis 17 Jahren übergewichtig sind und 6,3% unter Adipositas leiden, wobei klare Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen und alten und neuen Bundesländern nicht zu erkennen sind. (Zugrunde gelegt wurde dabei das Referenzsystem von Kromeyer-Hausschild. Übergewicht und Adipositas treten häufiger auf bei Kindern aus sozial benachteiligten Schichten, bei Kindern mit Migrationshintergrund und bei Kindern, deren Eltern ebenfalls übergewichtig sind.

Essstörungen

Bei Jugendlichen mit Essstörungen ist der Anteil der Auffälligen (21,9% der mit dem SCOFF-

Fragebogen befragten Kinder und Jugendlichen) mit niedrigem sozioökonomischen Status (27,6%) fast doppelt so hoch wie der in der oberen Sozialschicht (15,5%). Die als auffällig klassifizierten Jugendlichen weisen höhere Quoten an psychischen Auffälligkeiten und Depressionsneigung auf, sind weniger zufrieden mit ihrem Körper selbstbild und rauchen mehr.

Sport und Bewegung

Die Ergebnisse der Untersuchungen in KiGGS zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen in Deutschland körperlich und sportlich aktiv sind. So spielen 77% der Kinder im Alter von 3 bis 10 Jahren fast täglich an der frischen Luft und 52% machen wenigstens einmal in der Woche Sport. 84% der Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren bewegen sich mindestens einmal in der Woche körperlich aktiv in der Freizeit.

Allergische Erkrankungen

Nach den Ergebnissen leiden 16,7% aller Kinder und Jugendlichen aktuell unter einer allergischen Erkrankung, wobei sich mit zunehmendem Alter ein Anstieg der allergischen Krankheiten zeigt. Jungen sind dabei mit 18,0% häufiger vertreten als Mädchen (15,4%). Kinder mit Migrationshintergrund sind seltener betroffen (13,0% vs. 17,6%), ebenso Kinder aus sozial schwachen Familien (Unterschicht 13,6%, Mittelschicht 17,8%, Oberschicht 18,9%).

Die Abstracts aller Vorträge dieses Symposiums sind im Oktoberheft 2006 des Bundesgesundheitsblattes (Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2006_49:1050-1058) publiziert und im Internet abrufbar (www.kiggs.de).

Die Publikation eines umfassenden Ergebnisberichtes wird im Doppelheft 5/6 des Bundesgesundheitsblattes 2007 erfolgen. Weitere Publikationen in nationalen sowie internationalen Fachzeitschriften sollen folgen. Der Fachöffentlichkeit werden die Daten ab Ende 2008 als Public Use File zur Verfügung stehen.



Auf der Jagd erspäht:

„Intellektuelle Prüfung“ im Kassenarztrecht lohnt sich

... nachprüfen zu lassen. Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse neigen ab und an dazu, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen im Rahmen der intellektuellen Prüfung über Besonderheiten des Behandlungsverhaltens, unterschiedliche Behandlungsweisen innerhalb einer Arztgruppe und Praxisbesonderheiten hinwegzusehen.

Praxisbesonderheiten können u.a. gegeben sein, wenn die Praxis besondere wissenschaftlich anerkannte medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder eine durch atypische Zusammensetzung des Krankengutes (z.B. hoher Anteil von Senioren, onkologisch ausgerichtete Praxis) bedingte besonders aufwendige Praxisausstattung anwendet.

In einem kürzlich erstrittenen Urteil hat das SG Mainz unter Aufhebung von Honorarkürzungsbescheiden einen Beschwerdeausschuss verpflichtet, die schmerztherapeutische Ausrichtung einer neurologisch/psychiatrischen Praxis zu berücksichtigen. Der Beschwerdeausschuss unterlag mit seiner Auffassung, es sei mit der Hinnahme einer bis zu 100%-igen Überschreitung des Fachgruppenschnitts bei einigen Gebührenschnitten bei einigen Gebührenschnitten getan (Urteil des SG Mainz vom 20.09.2006 – S 8 KA 785/06 –, nicht rechtskräftig). Es lohnt sich, vorhandene Praxisbesonderheiten herauszuarbeiten.

Jagdrecht und mehr...

DR. SCHMITZ & PARTNER RECHTSANWÄLTE

Kurfürstendamm 92 · 10709 Berlin
Tel.: (0 30) 329 00 4 - 0
anwalt@drschmitz.de

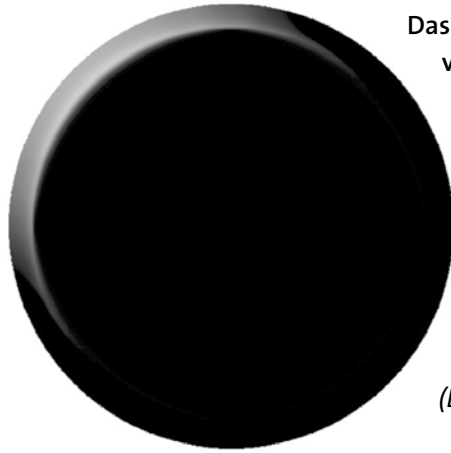
Erstberatung telefonisch unter:
09001 / 72 4 968 RA 4 You
(1,99 €/Min. aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

Vertrauensanwälte der Stiftung Gesundheit



Arzneimittel(des)information

Ärzte unter Einfluss



Dass Pharma-Unternehmen versuchen, Einfluss auf ärztliches Ordnungsverhalten zu nehmen, ist hinlänglich bekannt. Doch wie vielfältig die Einflussnahme – insbesondere auch auf Fachpublikationen – ist und wie sich Ärztinnen und Ärzte dagegen wehren können, möchte BERLINER ÄRZTE in diesem Titelthema zeigen.
(Die Red.)



Foto: Thomas Risse



Vollmundigen Versprechungen nicht trauen

Kommentar von Dr. Günther Jonitz

Bundeskanzler Schröder für 400 Millionen DM ein Gesetz von der Pharmaindustrie abkaufen, das dieser ungelegen gekommen wäre. Und dass sich Medizinproduktehersteller ihre Märkte komplett kaufen, dürfte seit der Übernahme der HELIOS-Krankenhäuser durch FRESENIUS bekannt sein. Das Geld der Versicherten, mit denen diese Übernahme durchgeführt wurde, betreibt jetzt unter anderem eine Fluggesellschaft. Dorthin hat der frühere HELIOS-Eigentümer einen Teil seiner Einnahmen investiert.

Als Ärztinnen und Ärzte sind wir auf unterschiedliche Weise von dieser Kommerzialisierung und dem Marketing betroffen: Neben der Direktbeeinflussung der Bevölkerung über Apothekerzeitschriften oder Massenmedien und der Einflussnahme auf Patientenverbände ist die Beeinflussung von medizinischen Fachzeitschriften gang und gäbe. Die Zensur der Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin durch den Thieme-Verlag spricht Bände. Was dort stattfindet, dürfte vor den anderen Zeitschriften und Büchern, die in diesem Verlag publiziert werden, nicht halt machen (s. Bericht „Die zensierte Kritik“ auf Seite 19).

Dabei ist die Unabhängigkeit des Arztes und die Solidität seines Wissens zentrale Voraussetzung für das Vertrauen unserer Patienten und die Güte unserer Arbeit. Wie kann diese Unabhängigkeit gewahrt bleiben? Auf der persönlichen Ebene gilt, was viele von uns bereits praktizieren, man bleibe skeptisch gegenüber Neuerungen. Ein Grundkurs in evidenzbasierter Medizin hilft, unzu-

reichende Studien oder wissenschaftliche Aussagen bereits im Ansatz zu eliminieren. Oder, wie es Teilnehmer eines Kurses der evidenzbasierten Medizin in Sachsen-Anhalt auf den Punkt gebracht haben: „Mit Pharma-Vertretern sind wir jetzt schneller fertig.“ Auch die Selektion der Medien, aus denen man lernt, ist lebenswichtig. Ein renommierter Name genügt nicht. Beispiele für bessere Medien sind in diesem Heft aufgeführt, auch amüsante und geistreiche.

Ihre Ärztekammer engagiert sich für mehr Wahrheit und Objektivität im Gesundheitswesen, unter anderem durch die Zertifizierung der Fortbildung und die Förderung einer unabhängigen Forschung und Fortbildung. Das „Nationale Programm für Versorgungsleitlinien“ (BERLINER ÄRZTE Heft 11/2006) ist eine solide Quelle gesicherten Wissens. Kurse in evidenzbasierter Medizin helfen, auch den Missbrauch dieses Themas einzuschränken. Die Mitteilungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sind eine Fundgrube. Für ihr Engagement als Herausgeber des Arzneimittelbriefes sind die Berliner Kollegen Thimme und von Herrath mit der Ernst-von-Bergmann-Medaille der Bundesärztekammer geehrt worden.

Wir dürfen nicht jeden Trend mitmachen und vollmundigen Versprechen nicht trauen. Die Gegenmittel sind bekannt und erreichbar. Das Geld, das durch die Verschreibung schräger Medikamente ausgegeben wird, fehlt an anderer Stelle. Sie wissen wo.

Dr. med. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin

Die Eintrittspforte ist einfach: Der Patient erwartet vom Arzt nicht irgendeine Therapie, sondern, wenn möglich, die beste. Dasselbe gilt für den Arzt, nicht irgendein Medikament, sondern für meine Patienten selbstverständlich nur das Beste. Diesen gemeinsamen Anspruch nutzen viele Institutionen und Heilsversprecher im Gesundheitswesen aus, allen voran die Pharmaindustrie. Im verständlichen Interesse der Rendite (die Pharmaindustrie hat im Gegensatz zu Kammer, Kassenärztlicher Vereinigung und gesetzlichen Krankenkassen keine Gemeinwohlbindung, sondern eine finanzielle Bindung zu ihren Aktionären) werden in schneller Folge neue Medikamente mit vollmundiger Beschreibung der segensreichen Wirkung auf den Markt gebracht. Manchmal stimmt das auch. Doch nicht selten werden neue Medikamente nach Bekanntwerden der Nebenwirkungen wieder vom Markt genommen.

Die moralische Seite dieser merkantil begründeten Beeinflussung medizinischer Märkte ist spätestens seit dem Jahr 2001 geregelt. Damals ließ sich

Arzneimitteldesinformation eher Regel als Ausnahme

Selten redeten Ärzte derart offen wie auf diesem Berliner Symposium über die haarsträubenden Zustände im intransparenten medizinisch-industriellen Komplex. Viele merken vielleicht gar nicht, wie stark sie über Arzneimittel desinformiert werden. Andere sind so daran gewöhnt, dass sich ihnen die Haare gar nicht mehr sträuben. Wieder andere beteiligen sich aktiv an einem Marketing, das als Wissenschaft larviert ist, und profitieren persönlich davon. Anlass des außergewöhnlichen Symposiums „Arzneimittel(des)information“ war das 40-jährige Bestehen des in Berlin erscheinenden Bulletins „Der Arzneimittelbrief“, eines der ganz wenigen unabhängigen Informationsblätter über Medikamente.

Komplizierte Familienverhältnisse legte der Londoner Klinische Pharmakologe Andrew Herxheimer dar: „Der Arzneimittelbrief“ sei quasi sein Enkel. Denn wenige Jahre nachdem er 1963 das „Drug and Therapeutics Bulletin“ gegründet hatte, wurde sein Vater Herbert Herxheimer der „Vater“ des deutschen Pendants. Das Streben nach Unabhängigkeit verbindet beide. An einen frühen Aufsatz Herbert Herxheimers im „Arzneimittelbrief“ im Januar 1967 erinnerte dessen Mitherausgeber Dietrich von Herrath: „Die Praxis der Medizin unter dem Einfluss berufsfremder finanzieller Interessen“. Der Sohn betonte jetzt, dass dies nicht nur die

Interessen der Pharmaindustrie seien. Auch von den Kostenträgern, den Krankenkassen, müssten Ärzte sich unabhängig machen, um nicht unter Druck zu geraten, billigere als die jeweils am besten geeigneten Mittel zu verordnen.

Noch einmal komplizierte Familienverhältnisse: Andrew Herxheimer gratulierte dem „Arzneimittelbrief“ auch zu einer Tochter, der Patientenzeitschrift „Gute Pillen – schlechte Pillen“, die noch zwei Mit-Väter hat, das „arznei-telegramm“ und den „Pharma-Brief“. David sammelt seine Kräfte gegen Goliath in Allianzen. Weltweit haben sich die unabhängigen Arzneimittelblätter, die Anzeigen ablehnen und nur von Abonnements existieren, zur „International Society of Drug Bulletins (ISDB)“ vernetzt. Deren Präsidentin Maria Font (Verona) ließ in ihrer Ansprache erkennen, dass die Missstände überall dieselben sind – schließlich sind die Pharmakonzerne global players –, vom disease mongering, dem Erfinden von Krankheiten zum Zwecke des Arzneimittelabsatzes bis zur Unterdrückung lebenswichtiger Informationen über Nebenwirkungen wie zum Beispiel im Falle der Cox 2-Hemmer.

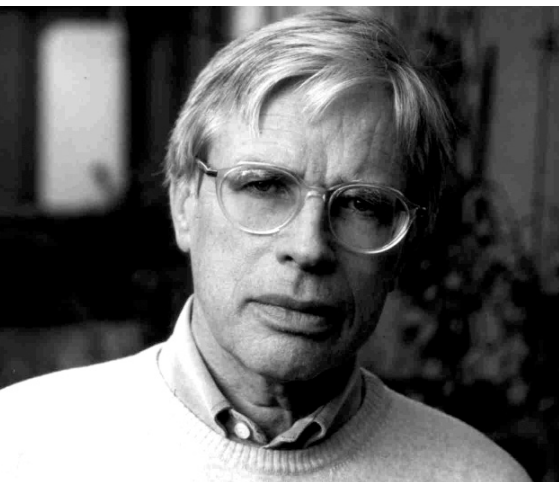
„Atypika“ als typisches Beispiel

Bei manchen Medikamenten ist schon der Name eine Desinformation: Ausführlich analysierte der Berliner Klinische Pharmakologe Bruno Müller-Oerlinghausen, langjähriger Vorsitzender der „Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft“, die so genannten atypischen Neuroleptika. Meinungsführer in der Psychiatrie hätten sie als Mittel der ersten Wahl propagiert, die keinem schizophrenen Patienten vorenthalten werden dürften. Denn sie hätten nicht die schweren motorischen Nebenwirkungen, vor allem die oft irreversiblen Spätdyskinesien zum Beispiel des Haloperidol. In Wahrheit aber seien sie den kon-

ventionellen Neuroleptika weder in der Wirksamkeit noch in der Verträglichkeit überlegen – nur im etwa zehn Mal so hohen Preis. Schon durch die Anlage von Studien sei es zu verzerrten Ergebnissen gekommen: Patienten unter vier- bis fünffach überdosiertem Haloperidol seien mit Patienten unter niedrigen „Atypika“-Dosen verglichen worden. Und die Behauptung, letztere würden weniger Spätdyskinesien verursachen, sei noch gar nicht durch Langzeitstudien belegt. Vor allem die beiden Substanzen Risperidon (Risperdal) und Olanzapin (Zyprexa) seien „Musterbeispiele dafür, wie durch Unterdrückung frühzeitig vorhandener wissenschaftlicher Daten ein unzutreffendes verherrlichendes Bild gezaubert wurde“, sagte Müller-Oerlinghausen. Pharmareferenten drängten Ärzte dazu, „atypische“ Neuroleptika auch „Off Label“, also ohne Zulassung und Wirksamkeitsnachweis für die betreffende Indikation, zu verordnen, und zwar zur Langzeittherapie depressiver und auch dementer Patienten. Deren Sterblichkeit erhöhe sich aber unter verschiedenen „Atypika“. Die von der Pharmaindustrie unabhängige CATIE-Studie habe eindeutig gezeigt, dass sie ähnlich oft extrapyramidal-motorische Störungen verursachen (mindestens zwei Drittel der Patienten brachen die Therapie deshalb ab) und nicht besser wirken als die herkömmlichen Neuroleptika. Eine Ausnahme sei das Olanzapin, das allerdings wegen der extremen Gewichtszunahme am häufigsten abgesetzt wurde.

Neue Krebsmittel: Nutzen von „Experten“ hochgejubelt

Beispiele für Arzneimitteldesinformation zuhauf finden sich in der Onkologie. Über einige davon berichtete Wolf-Dieter Ludwig (Robert-Rössle-Klinik im HELIOS Klinikum Berlin-Buch), seit kurzem Mitherausgeber des „Arzneimittelbrief“. Er kritisierte



Bruno Müller-Oerlinghausen



Walter Thimme
Mitherausgeber des »Arzneimittelbriefes«

vor allem die Off-Label-Verordnungen. Nach Schätzungen erhalten bis zu 60 Prozent der deutschen Krebspatienten Medikamente, die für ihre Krankheit nicht zugelassen sind. Wirksamkeit und Unbedenklichkeit seien wegen des Verordnungsdrucks zum Zeitpunkt der Zulassung ohnehin nicht ausreichend geprüft, und noch weniger wisse man darüber beim Off-Label-Use. Das betrifft vor allem neue zielgerichtete Wirkstoffe wie monoklonale Antikörper oder Tyrosinkinasehemmer. Ludwig erwähnte kürzlich publizierte Studien, in denen schwere unerwünschte Wirkungen nach Off-Label-Use auftraten. Eine besondere Rolle spiele bei der Indikationsausweitung das Marketing der Industrie, deren enorme Umsatzsteigerung in den letzten Jahren kaum durch echte „Durchbrüche“ in der Onkologie gerechtfertigt sei. Selbst bei der Anwendung für die zugelassene Indikation sei der Nutzen häufig fraglich. Der monoklonale Antikörper Cetuximab (Erbix) zum Beispiel ist zugelassen nur für Patienten mit fortgeschrittenem EGFR-exprimierenden kolorektalen Karzinom in Kombination mit Rinitetan, bei denen zuvor eine Chemotherapie mit Irinotecan versagt hat. Geworben werde dafür mit Sätzen wie „Ein ideales Target in der Tumorthherapie“. Es sprächen jedoch nur 10 bis 20 Prozent der Patienten überhaupt an – aber welche? Alle zu behandeln wäre wegen der

Nebenwirkungen unethisch und wegen der hohen Kosten der Therapie (mehr als 30.000 Euro für eine Behandlung über 24 Wochen) unökonomisch. Eine Überlebensverlängerung durch Cetuximab konnte bisher nicht gezeigt werden.

Ein anderer Antikörper, Rituximab (MabThera), ist zugelassen für Patienten mit follikulären und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen. Vor kurzem wurde Rituximab auch für die Erhaltungstherapie (über 2 Jahre) für Patienten mit rezidiviertem oder refraktärem follikulärem Lymphom zugelassen. In (bezahlten) Beilagen zu onkologischen Fachzeitschriften, „die so gut wie nur PR enthalten“, hätten sich „Experten“ enthusiastisch über den Stellenwert dieses Antikörpers in der Erhaltungstherapie geäußert und von halbiertem Sterberisiko, gar von der Aussicht auf Heilung gesprochen. Die Aussage „halbiertes Sterberisiko“ basiert jedoch auf einer absoluten Risikoreduktion von nur 8% (77,1% versus 85,1%), die bisher nur in einer einzigen randomisierten Studie mit kleiner Patientenzahl und kurzer Beobachtungsdauer (33 Monate) gesehen wurde. In diese Zulassungsstudie wurden nur Patienten eingeschlossen, die in der primären Therapie kein Rituximab erhalten hatten. Die Ergebnisse sind deshalb nicht auf die heutige Situation übertragbar, da inzwischen alle Patienten auch in der primären Therapie Rituximab erhalten.

EPO irrational vermarktet

Noch ein letztes von Ludwigs Desinformationsbeispielen aus der Onkologie: In einem „Über-Lebensbuch Brustkrebs“ rühmten die Autorinnen, die von 24 medizinischen „Experten“ beraten wurden, das Erythropoetin (EPO), das auch in einer Herstellerbeilage zum „Onkologen“ als wahres Wundermittel gegen Fatigue angepriesen werde. Auf Nebenwirkungen werde jedoch nur kurz hingewiesen und kein Wort verloren über den Nachweis von Rezeptoren für EPO auf Tumorzellen und klinische Studien, die eher eine Verschlechterung der Prognose von Tumorpatienten nach EPO-Gabe zeigten. Die Behandlung mit EPO koste monatlich etwa 2000 Euro. Unabhängige aktuelle Analysen, wie etwa die des britischen „National Institute of Clinical Excellence (NICE)“ hätten ergeben, dass EPO weder die Überlebenszeit noch die Lebensqualität von Krebspatienten eindeutig verbessert.

„Die Vermarktungsflut, die wir derzeit erleben, ist irrational und teuer“, sagte Ludwig. Er riet den Ärzten, Satellitensymposien zu meiden und gesponserte Fortbildung sowie Leitlinien kritisch zu hinterfragen. Er forderte auch unabhängig finanzierte Studien vor allem der Versorgungsforschung. Hier sind die Kassen gefragt!



STUDIENREGISTER ALS MANIPULATIONS BREMSE

Von der Planung bis zur Publikation oder ihrer Unterdrückung werden Studien und ihre Ergebnisse manipuliert. Nicht zuletzt deshalb wird seit über vier Jahrzehnten die Registrierung von Arzneimittel- und anderen klinischen Studien gefordert. Im Sommer 2005 bildete sich dafür ein breites Bündnis vieler Organisationen und Institutionen des Gesundheitswesens, Pharmaindustrie ausgenommen: Die „Initiativgruppe Studienregistrierung“ (Sprecher: Gerd Antes vom Deutschen Cochrane-Zentrum). Sie verlangt – ebenso wie die Ärztekammer Berlin –, Studien von Anfang an zu registrieren und die Daten kostenlos öffentlich zu machen. Das Bundesforschungsministerium hatte sich bereit erklärt, den Aufbau eines solchen nationalen Studienregisters (in Koordination mit internationalen Registern) durch eine Anschubfinanzierung zu unterstützen. Jetzt scheint, so hört man, ein Konzept dafür kurz vor der Realisierung zu stehen.

R. St.

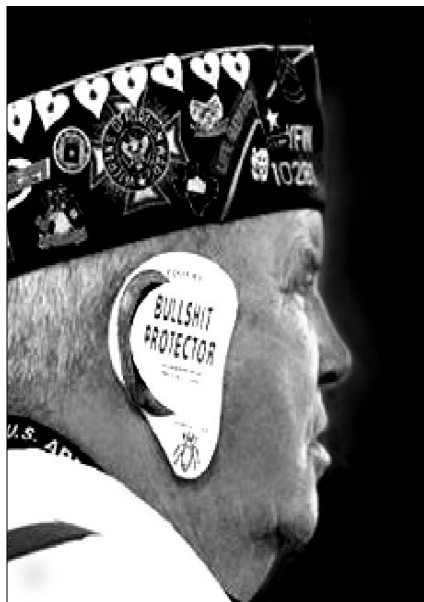
Gefährlich abgekürzte Wege zur Verordnung

„Wir Ärzte lassen uns durch das Arzneimittelmarketing mehr beeinflussen als wir glauben.“ So hieß es in dem von Witz sprühenden Vortrag des australischen Hausarztes Peter Mansfield, der auch an der Universität Adelaide tätig ist. Zum Selbstbild des Arztes gehöre die Überzeugung, rational zu handeln, besonders bei der Wahl eines Arzneimittels, steht in einem amerikanischen Handbuch über die Grundsätze des Pharmamarketing. Und wörtlich: „Der Inserent muss an dieses rationale Image appellieren, aber zugleich in einer tieferen Schicht an die emotionalen Faktoren, die tatsächlich die Wahl beeinflussen.“ Die meisten Ärzte seien schon allein

zeitlich nicht in der Lage, die Originalliteratur über Arzneimittelstudien kritisch zu verfolgen, sagte Mansfield und projizierte das Bild eines von Zeitschriften und Mustern überquellenden Arzt-schreibtisches. Er zeigte aber auch das Bild einer Gruppe von Neandertalern: „Wir sind nicht designed, um komplizierte Statistiken zu verstehen.“ Also versuche man, den Weg zur Verordnung abzukürzen, blicke zum Beispiel auf die Kollegen und verschreibe das meist verordnete Arzneimittel eben auch; man halte neue und teure Mittel schlicht für besser als die bewährten und preiswerten; man glaube dem sympathischen Vertreter. Oder man verlasse sich auf das, was die Koryphäen sagen und schreiben.

„Gesellschaft für gesunde Skepsis“

Die Hersteller seien sehr bemüht, alle diese Abkürzungen zu fördern, etwa, indem sie sich die Experten kaufen. Durch Manipulation einer Arzneimittelstudie vom Design bis zur selektiven Verbreitung positiver und Unterdrückung negativer Ergebnisse komme es zur systematischen Desinformation der Ärzte. Der australische Allgemeinarzt hat sich die Aufgabe gestellt, Ärzte in aller Welt über die irreführenden und verwirrenden Marketingstrategien der Pharmaindustrie aufzuklären. Er gründete hierzu die „Healthy Skepticism Inc.“, die Mitglieder in 46 Ländern hat. Hauptziel sei es, den Ärzten den Rücken zu stärken, damit sie Behauptungen widerstehen, die nicht belegt oder durch gute Argumente gestützt sind. (www.healthyskepticism.org)



Peter Mansfield

Mit viel Gelächter quittierten die Zuhörer ein von Mansfield gezeigtes Foto eines Mannes mit Gehörschutz. Auf den Ohrenklappen liest man „Bullshit Protector“. Soll man Werbung und PR möglichst ignorieren, zum Beispiel keine Pharmareferenten mehr empfangen? Der Berliner Internist Walter Thimme, Mitherausgeber des „Arzneimittelbrief“, warf sie nie hinaus: „Ich habe immer von ihnen gelernt – und bin dabei Subjekt geblieben“, sagte er souverän.

Geschäftsgeheimnisse behindern Behördenauskunft

Sind wenigstens von der Arzneimittelbehörde umfassende und kritische Informationen zu erwarten? Auch sie kann nicht so, wie sie will. Das zeigte der Vortrag von Ulrich Hagemann, der im „Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte“ die Abteilung Pharmakovigilanz leitet und damit für die Überwachung der Arzneimittelrisiken und ihre Mitteilung zuständig ist. Es habe erst einer Gerichtsentscheidung bedurft (nach einer Klage im Fall Cordichin), um klarzustellen, dass Bundesbehörden die Öffentlichkeit über Arzneimittelrisiken und die Abwehrmaßnahmen informieren dürfen. Hagemann nannte drei verschiedene – nicht widerspruchsfreie – Auskunftregelungen: Schon bisher gab es im deutschen Verwaltungsrecht trotz der „Vertraulichkeit des Verwaltungshandelns“ die Möglichkeit einer begrenzten Auskunftserteilung „nach pflichtgemäß-

1

NÄCHSTES ZIEL DER WERBUNG: DER PATIENT

»Im Sinne der Wiedererkennung sollten Fach- und Patientenansprache aus einem Guss sein. PR allein reicht nicht aus, Markenführung ist angesagt... Das Zauberwort heißt multimedial. Wem es am besten gelingt, auf der kompletten Klaviatur von offline und online synergistisch zu spielen, wird die kosteneffizientesten und nachhaltigsten Programme in den Markt entlassen... Die Diskussion über den Nutzen von direkter Patientenkommunikation für verschreibungspflichtige Arzneimittel ist inzwischen Schnee von gestern...«

(PM-Report 9/2006, S. 33)

ßem Ermessen“ – also einen großen Handlungsspielraum. Zweitens schreibt das Arzneimittelgesetz einen detaillierten Auskunftsanspruch der Öffentlichkeit fest und räumt Geschädigten darüber hinaus einen besonderen Anspruch auf Auskunft ein. Und drittens regelt seit Beginn des Jahres das Informationsfreiheitsgesetz den Zugang zum Wissen der Behörden, auch der Arzneimittel-

behörde. Aber auch hier gibt es Ausnahmen („Schutz des geistigen Eigentums“, „Geschäftsgeheimnis“). Hagemann glaubt nicht, dass die Informationsmöglichkeiten durch das Gesetz verbessert wurden und hält ein neues Konzept für einen guten Zugang zu qualitätsgesicherten Arzneimittelinformationen und zum Ausmaß möglicher und nötiger Transparenz“ für erforderlich. Denn



Wolf-Dieter Ludwig

die Probleme wachsen. Dazu gehört, dass künftig die Patienten wahrscheinlich den Marketingstrategen der Industrie für verordnungspflichtige Arzneimittel genauso ausgesetzt sein werden wie die Ärzte. Hagemann: „Ich fürchte, die Direktwerbung wird nicht mehr zu verhindern sein.“

Fast alle medizinischen Zeitschriften interessengesteuert

Einen von Mansfields Abkürzungswegen zur Verordnung nahm der Wuppertaler Internist Johannes Köbberling unter seine kritische Lupe: die Medien einschließlich der mündlichen Fortbildung. Wer sich nicht nur auf die eigenen Erfahrungen stützen will, sondern sich der wissenschaftlichen Medizin verpflichtet fühlt, aber Studien nicht selbst analysieren kann, braucht Vermittlung der aufbereiteten Arzneimittelinformation durch Medien wie Zeitschriften, EDV-gestützte Medien oder Fortbildungsvorträge. In welchem Ausmaß aber fast alle Medien von der Werbung und dem Marketing der Pharmaindustrie abhängig, also interessengesteuert sind, sei meist nicht erkennbar, sagte Köbberling. Mit äußerster Vorsicht seien nicht nur die Gratisblätter zu betrachten, in denen die (Schleich-)Werbung auch den redaktionellen Text durchdringe. Ein großer Teil der wissenschaftlichen Zeitschriften sei ebenfalls von der Pharmaindustrie

1 DIE ZENSIERTE KRITIK

Ein besonders spektakuläres Beispiel von Einflussnahme wurde erst zwei Wochen nach Köbberlings Medienkritik (siehe Artikel auf dieser Seite) publik. Es zeigt, dass die Lage noch nicht schwarz genug gezeichnet wurde. Die Ärzte sollten, so fand der Autor, ihre Fortbildung um der Unabhängigkeit willen selber finanzieren. Ebendies tut die „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)“, indem sie zum Beispiel ihr wissenschaftliches Mitgliederorgan, die „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ (ZFA), anzeigengfrei hält und dafür dem Thieme-Verlag eine erhebliche Summe zahlt.

Trotzdem stoppte der Verlag eine Artikelserie mit „Informationen zur rationalen Arzneitherapie in der hausärztlichen Praxis“ nach dem ersten Beitrag im Juli-Heft. Die beiden Allgemeinmedizin-Professoren Michael Kochen und Wilhelm Niebling hatten ACE-Hemmer und Sartane gegeneinander abgewogen. Das August-Heft mit einem Beitrag derselben Autoren über Protonenpumpenhemmer wurde indes zensiert. Verspätet erschien es dann ohne den Artikel. Nur vergaß man, dessen Ankündigung im Inhaltsverzeichnis zu tilgen. So fiel die Sache schnell auf.

Rücksicht auf Inserenten, obwohl die „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ anzeigengfrei ist? Der Thieme-Verlag gibt aber noch mehr medizinische Zeitschriften heraus. Die Firma Takeda nahm den Thieme-Verlag möglicherweise in Sippenhaft und zog Anzeigen für andere Thieme-Blätter zurück. Auf dem Hausärztetag samt DEGAM-Kongress Ende September in Potsdam wurde der Skandal mehrfach thematisiert. Eine Sprecherin des Verlags, in dem auch etwa 30 Zeitschriften anderer medizinischer Fachgesellschaften erscheinen, sagte BERLINER ÄRZTE, die beiden Autoren hätten den Beitrag über Protonenpumpenhemmer von sich aus zurückgezogen – ohne Begründung. Dazu sagen die Autoren, dies hätten sie getan, nachdem ihnen mitgeteilt worden sei, dass das Heft ohne ihren Artikel erscheinen würde. Sie hätten ihr Copyright retten und eine Publikation der gekippten Serie an anderer Stelle ermöglichen wollen. Unterdessen reagierte Thieme-Verleger Dr. Albrecht Hauff auf die Wellen, die der Skandal schlug, mit einem Brief an die Leser in der Oktober-ZFA und stellte seine Sicht der Dinge dar. Inzwischen gab es eine Einigung zwischen der DEGAM und dem Thieme-Verlag.

Die „Süddeutsche Zeitung“ brachte am 19. September im Wissenschaftsteil einen sehr detaillierten Bericht unter dem Titel „Vorausseilende Zensur“. (Am 12. Oktober erschien ein weiterer Artikel zum Thema mit dem Titel „Aufklärung mit Hindernissen“.) Ebenfalls am 19. September gab es auf dem „Deutschen Ärztekongress“ in der Charité ein von der Ärztekammer Berlin verantwortetes Seminar unter Wilhelm Nieblings Leitung über den kritischen Umgang mit Arzneimitteln. (Bericht siehe Seite 21). Die in der ZFA nicht erschienene Bewertung von Protonenpumpenhemmern von Niebling und Kochen finden Sie ab Seite 23. So können Sie in BERLINER ÄRZTE lesen, was den Lesern der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ vorenthalten wurde.

R. St.



Johannes Köbberling

abhängig und beeinflusst, ohne dass dies für den Leser erkennbar sei. Köbberling zitierte „Transparency International Deutschland“: In dessen „Grundsatzpapier über Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen“ (Berlin 2005) heißt es: Durch die Interessenverflechtungen zwischen Wissenschaft und Wirtschaft sei das Niveau der deutschsprachigen klinischen Zeitschriften so gesunken, dass heute keine einzige mehr international von Bedeutung sei. Es handelt sich aber nicht allein um ein deutsches Phänomen. Was Köbberling einem Bericht des Gesundheitsausschusses des britischen Unterhauses „The Influence of the Pharmaceutical Industry“ entnahm, konnte er selber kaum glauben: Auch in international hochrenommierten medizinischen Zeitschriften werde über die Hälfte aller Editorials und Übersichten „in wesentlichen Teilen durch professionelle Schreiber aus der Industrie vorbereitet“. Für ihren Autorennamen bekämen dann die angesehenen Experten ähnlich hohe Honorare wie für freundliche Vorträge. Der Unterhausbericht beruft sich hierbei auf einen kundigen Zeugen: Richard Horton, langjähriger Herausgeber des „Lancet“.

Auch Fakultäten und Fachgesellschaften unter Einfluss

Die intransparente Abhängigkeit beginne also bei den meinungsbildenden Autoren in medizinischen Fakultäten, Fachgesellschaften und Berufsverbänden, sagte Köbberling. Transparency International weist auch auf die viel zu wenig beachtete Einflussnahme von Waren- und Leistungsanbietern auf die Formulierung von Leitlinien hin. Dieses harte Urteil musste Köbberling auf Grund eigener Erfahrungen bestätigen. In der Leitlinie zur Hörsturztherapie der Fachgesellschaft würden zum Beispiel noch immer Infusionen empfohlen, obwohl jeder HNO-Arzt weiß, dass es dafür keine Wirksamkeitsbelege gibt. Ein eindrucksvolles Beispiel für fehlende Unabhängigkeit habe kürzlich die Deutsche Diabetes-Gesellschaft geliefert: Das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) kam nach der Analyse aller einwandfreien Studien zu dem Schluss, dass kein Beleg für einen messbaren Vorteil der Insulinanaloge für Typ-2-Diabetiker gegenüber dem Humaninsulin zu finden sei. Statt sich mit der Studienlage auseinanderzusetzen, hätten die Meinungsführer der Gesellschaft lautstark polemisiert – eines von vielen Beispielen dafür, „dass zwischen den Äußerungen der Fachgesellschaften und solchen aus der Industrie kaum zu unterscheiden ist“, meinte Köbberling.

Die „gefühlte“ Unabhängigkeit nach Pharmasozialisation

An alle diese Missstände hätten sich die meisten Ärzte durch ihre frühe „Pharmasozialisation“ so gewöhnt, dass sie ihre Abhängigkeit gar nicht mehr wahrnehmen. Auch die Koryphäen seien von ihrer wissenschaftlichen Objektivität meist überzeugt. Aber die „gefühlte“ Unabhängigkeit genüge nicht. Eine faktische Unabhängigkeit sei jedoch nur zu gewährleisten, wenn Autoren und Verlage auf die direkte und indirekte Unterstützung durch die Industrie verzichten. Köbberling hält die Forderung nicht

für unbillig, „dass die ganze ärztliche Fortbildung inklusive der Zeitschriften und anderer Medien der Arzneimittelformation allein in die Hände der Mediziner gehört“. Sie müssten dann auch für die Kosten aufkommen, unter Beteiligung der KVen, Kammern, Arbeitgeber, vielleicht auch der öffentlichen Hand. Illusorisch? Kleine Schritte seien von manchen Ärztekammern schon getan, etwa die Abschaffung der obligaten (Pharma-)Imbisse nach Fortbildungsveranstaltungen oder die Zertifizierung nur bei Nachweis der Industrieunabhängigkeit.

Kleine Schritte in die Unabhängigkeit – Kammer geht voran

Dass die Ärztekammer Berlin mit solchen Schritten vorangeht, hängt vielleicht auch ein bisschen mit der Prägung ihres Präsidenten zusammen. Günther Jonitz berichtete, wie er schon als Student in einer Vorlesung auf den „Arzneimittelbrief“ und seine unabhängigen und sachkundigen Informationen hingewiesen worden sei. Da wurde er Abonnent und blieb es bis heute. Die profunde Expertise, die klugen Analysen, die klaren und präzisen Ratschläge des in Berlin erscheinenden Blattes seien nun schon für mehrere Ärztegenerationen wegweisend. „Sie haben Verbündete“, rief er den Herausgebern und Redakteuren zu, „auch in Ihrer regionalen Kammer. Sie hat viel von Ihnen gelernt.“ Zum Beispiel die Spielregeln für gute Fortbildung. Welch großen Wert die Kammer auf jene Unabhängigkeit und Wahrhaftigkeit lege, die der Patient vom Arzt erwartet, zeigte sich auch in ihrem Engagement für evidenzbasierte Medizin und für gute ärztliche Leitlinien sowie in dem Prinzip, dass Fortbildungsveranstaltungen nur bei Gewährleistung der Firmen- und Produktneutralität zertifiziert werden. Nicht ohne einen Hauch von Jubiläumsfeierpathos sagte der Kammerpräsident, „Die Zeit ist reif für die Wahrheit – auch in der Gesundheitspolitik. Im ‘Arzneimittelbrief’ können wir sie lesen.“

Rosemarie Stein

Der Werbung zum Trotz: Vernünftig verordnen

Ärzte verbrauchen einen größeren Anteil der knappen Kassengelder für Medikamente als für ihre ärztlichen Leistungen: Das Gesamthonorar aller Vertragsärzte betrug im Jahr 2005 22 Milliarden Euro, aber verordnet haben sie im selben Jahr Arzneimittel für 24 Milliarden Euro. Die Verordnungen gingen zwar erheblich zurück, trotzdem stiegen die Kosten. 70 bis 80 Prozent aller Medikamente verschreiben die Hausärzte. Für sie vor allem war ein Seminar über den kritischen Umgang mit Arzneimitteln bestimmt, das die Ärztekammer Berlin im Rahmen des Deutschen Ärztekongresses veranstaltete. Da gab es viele praktikable Tipps.

Die Kollegen verdienen Anerkennung, sagte Wilhelm Niebling, Hausarzt aus Titisee-Neustadt und zugleich Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Freiburg. Sie verschreiben immer mehr Generika, die schon die Hälfte aller Verordnungen ausmachen und auch von den Patienten zunehmend akzeptiert werden. Und noch etwas Positives: Die Schmerztherapie – auch mit starken Opioiden – wird besser. Aber beides hat auch eine Kehrseite: Die preiswerten

Generika „haben zu einer pharmakotherapeutischen Eskalation geführt, weil die Hemmschwelle gesunken ist“, meinte Niebling. Und in der Opioidtherapie würden viel zu häufig Pflaster verordnet, obwohl die Behandlung damit schlechter zu steuern sei und obwohl generische Morphinpräparate – auch retardierte – nur etwa die Hälfte kosteten. Ein Hausarzt schreibt im Jahr durchschnittlich fast 7000 Rezepte im Wert von 234.000 Euro. Es ginge rationaler und rationeller, sagte Niebling, der das von der Ärztekammer Berlin veranstaltete Seminar über kritischen Umgang mit Arzneimitteln leitete. Er zitierte den Internisten Etzel Gysling, der überzeugt davon ist, dass der Hausarzt mit 100 Wirkstoffen auskommt; die sind ihm dann gut bekannt. Das Seminar sollte die Teilnehmer ermuntern, das als Wissenschaft maskierte Marketing der Pharmaindustrie zu hinterfragen. Aber auch die Entlassungsmedikation der Kliniken sollte der Praxisarzt nicht unbefragt übernehmen. TIA-Patienten zum Beispiel könne man für einen Euro pro Tag evidenzbasiert behandeln, statt die von einem Krankenhaus empfohlene Medikation für täglich sieben Euro zu übernehmen. Anstelle von (oder zusätzlich zu) ASS das 70-mal so teure Clopidogrel zu verordnen, sei nur beim akuten Koronarsyndrom, nach einer Stent-Implantation und nach einer symptomatischen pAVK sinnvoll, weil evidenzbasiert.

Die unterdrückten Informationen über Protonenpumpenhemmer

Fast regelhaft werde in Kliniken Pantoprazol verordnet – ein Marketingserfolg. Niebling sprach von einem enormen Verordnungszuwachs. Man müsse sich dann fragen, ob der Patient überhaupt einen Protonenpumpenhemmer braucht und wenn ja, ob es dann Pantoprazol sein muss (s. Artikel auf Seite 23). „Der kostengünstigste und am besten untersuchte Protonenpumpenhemmer, Omeprazol, ist so wirksam und sicher wie der teuerste“, sagte Niebling und



Prof. Dr. med. Wilhelm Niebling
Albert-Ludwigs-Universität,
Lehrbereich Allgemeinmedizin
E-Mail: wniebling@t-online.de

berief sich dabei auf die US-Arzneimittelbehörde FDA. Gegen dyspeptische Beschwerden sind Protonenpumpenhemmer in Deutschland gar nicht zugelassen. Bei Refluxbeschwerden könne man sie in möglichst geringer Dosierung und zeitlich begrenzt (on demand) einsetzen. Bei Off-Label-Verordnungen riet Niebling zur Zurückhaltung, schon wegen der Beweislastumkehr: Wenn etwas passiert, muss der Arzt nachweisen, dass das (oft nicht genügend geprüfte) Präparat nicht die Ursache war. Nur zwei gesicherte Indikationen für eine Magenschutz-Begleittherapie mit Protonenpumpenhemmern bei ständiger Einnahme nichtsteroidaler Antirheumatika nannte Niebling: Erstens Patienten mit gastrointestinaler Vorgeschichte wie Blutungen oder Ulcera, zweitens Patienten über 65, die außer NSAR noch ASS oder Kortikoide oder Marcumar nehmen müssen.

Sartane nicht besser als ACE-Hemmer

Ausführlicher hätte man dies in der – anzeigenfreien – „Zeitschrift für Allgemeinmedizin“ lesen können, hätte der

EINFLUSSNAHME DRITTER AUF DIE MEDIZINISCHE FORSCHUNG

- Test von Medikamenten an Patienten, die jünger sind, als die Zielgruppe. Durch geringere Ko-Morbidität geringere Nebenwirkungen, scheinbar höherer Nutzen
- Vergleich des Präparates mit einem Konkurrenzpräparat in zu niedriger Dosierung
- Wahl von „Surrogatendpunkten“
- Auswertung von Rohdaten nur durch Finanzier der Studie, nicht durch den Autor
- Verzögerung der Publikation
- Verschweigen von negativen Studienergebnissen

Th. Bodenheimer NEJM 2000; 342:1539-1544

Verlag das August-Heft nicht eingestampft – offenbar aus Angst um Anzeigenverluste in anderen Blättern. Erschienen war aus der geplanten Reihe von Michael Kochen und Wilhelm Niebling über rationale Arzneimitteltherapie in der Hausarztpraxis nur der erste Beitrag. Dessen Thema, die Frage der Indikation für Sartane (AT-1-Antagonisten), war auch ein Seminarthema. Sie würden immer mehr verordnet, sagte Niebling, obgleich harte Belege dafür fehlten, dass sie den ACE-Hemmern überlegen seien und obwohl sie noch immer mindestens das Doppelte kosteten wie ACE-Hemmer-Generika.

Der Hausarzt-Professor empfahl, eine Hochdruckbehandlung immer mit nicht-medikamentösen Maßnahmen und – im Rahmen einer Stufentherapie – zum Beispiel mit einem Thiazid-Diuretikum zu beginnen. Ist dieses niedrig dosiert (z.B. 12,5 mg eines Hydrochlorothiazids), dann habe es auch bei Diabetikern kaum nennenswerte Nebenwirkungen. Das Diuretikum sollte auch immer Partner einer oft nötigen Kombination sein. Haben Patienten bestimmte Begleitkrankheiten, könne man auch mit anderen Substanzen beginnen: Bei Herzinsuffizienz, KHK, Diabetes und Nierenkrankheiten zum Beispiel mit Beta-Blockern oder ACE-Hemmern. Für die Empfehlung von Sartanen als Hochdruckmittel der ersten Wahl gebe es keine zweifelsfreien wissenschaftlichen Belege. Für eine Überlegenheit der Sartane gegenüber ACE-Hemmern bei Patienten mit Herzinsuffizienz oder arteriellen Hypertonie fehle der wissenschaftliche Nachweis. Nieblings Empfehlung: Nur wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden, etwa beim so genannten ACE-Hemmer-Husten, dessen Inzidenz in prospektiv angelegten Studien unter 10% liegt, sollte man auf Sartane ausweichen.

EbM-Hauptrequisit:

Der Papierkorb

Wie schaffen die Ärzte es, so fragte Niebling, die allgegenwärtige Werbung der Pharmaindustrie kritischer zu betrachten, auch die Studien, mit denen

ihre Behauptungen gestützt werden? Im zweiten Teil des Kammer-Seminars wurde anhand einer von den Teilnehmern gemeinsam analysierten Studie deutlich, dass man ganz ohne statistische Spezialkenntnisse die richtigen Fragen stellen kann, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Als wichtigstes Requisit der evidenzbasierten Medizin charakterisierte Monika Lelgemann (bisher Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, ÄZQ, jetzt Univ. Bremen) den Papierkorb. Kann man einer Studie glauben? Wo findet man schnell die wichtigsten Informationen? Schnell, also ohne großen Aufwand. Als erstes prüft man, ob die Fragestellung überhaupt klinisch relevant ist. Wenn nicht: Papierkorb. Wenn ja: Sind die Ergebnisse auf die eigenen Patienten anwendbar? (Alter, Geschlecht, Risikofaktoren, Krankheitsdauer...) Wenn nicht: Wieder Papierkorb. Schwieriger sind die Fragen nach der sauberen Methodik. Da hilft eine Checkliste, die Monika Lelgemann den Teilnehmern an die Hand gab. Ist dies überhaupt die richtige Studienform? heißt da eine der Fragen. Eine andere: Gibt es systematische Verzerrungen vielleicht schon bei der Probandenauswahl? Ein bekanntes Beispiel für solchen „Selektions-Bias“ sei die Hormonersatz-

therapie. Da dominierten die Frauen mit höherem Sozialstatus, die ohnehin weniger Risiken für kardiovaskuläre Ereignisse haben. Aber den Hormonen schrieb man dann eine Risikoreduktion zu.

Ist das neue Mittel wirklich besser?

Was ist im Studienbericht über die Verblindung zu lesen? Sind die Endpunkte am Schluss noch dieselben wie bei der Planung? Bei der so genannten PROaktive-Studie (Prüfung von Pioglitazon [Actos] zur Senkung der makrovaskulären Morbidität und Mortalität bei Typ-2-Diabetikern, publiziert im „Lancet“, Band 366, vom 8. Oktober 2005), die in diesem Seminar auseinander genommen wurde, sind sie das offenbar nicht. „Die haben geguckt: Wo komme ich zu statistisch signifikanten Ergebnissen?“, sagte Monika Lelgemann. Erreicht wurde das durch die Neueinführung eines sekundären Sammel-Endpunkts, der im Studiendesign noch gar nicht vorkommt. „Die Endpunkte zu wechseln, das ist ein alter Trick“, sagte Niebling, „oder auch Subgruppen zu bilden – dann findet man immer etwas statistisch Signifikantes“ (was noch nicht heißen muss, das es auch klinisch relevant ist). Was



HALTEN SIE SICH FÜR IMMUN?

„Im Vorfeld der Markteinführung eines neuen Medikamentes wird häufig versucht, den Eindruck eines (objektiven) Bedarfs zu erwecken, auf den Verordnende und potenzielle Endverbraucher mit dem Wunsch nach einer Lösung reagieren sollen. Informationen zu Krankheiten und Medikamenten werden gezielt selektiert und über den Lebenszyklus eines Produkts in unterschiedlichen Strategien vermittelt...“

Ärzte sind sich zwar der werbenden, verzerrenden Darstellung der produktbezogenen Informationen bewusst. Sie leugnen jedoch – trotz gegenteiliger empirischer Befunde – häufig, dass diese ihr Verhalten beeinflussen. Sie glauben vielfach an ihre persönliche Immunität gegenüber den Marketingmaßnahmen der Industrie...

Der kostspielige Einsatz von Pharmareferenten (detailing) und die Ausgaben für das Verteilen von Arztmustern würden reduziert, wenn Ärzte bei der Verordnung verstärkt Wirkstoffe statt Handelsnamen angeben würden, herstellerunabhängige Pharmatherapieberatung erhielten und Vertragslisten in der ambulanten Versorgung verwandt würden...“

(Gutachten 2005 „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen)

nützt das dem Arzt? „Wir wollen wissen, ob eine Therapiestudie nachweist, dass das zu prüfende Mittel oder Verfahren dem bereits bekannten überlegen ist.“ So formulierte es Alex Liesenfeld, als Allgemeinmediziner in Amöneburg niedergelassen; ein richtiger Landarzt, der jedoch aktiv an der EbM-Diskussion und der Entwicklung von Leitlinien beteiligt ist. Diese Studien aber müssen methodisch einwandfrei sein und die Ergebnisse dürfen nicht etwa manipuliert werden.

Die schön frisierte Studie

In der PROaktive-Studie heißt es als Fazit: „Pioglitazon senkt bei Typ-2-Diabetikern mit hohem makrovaskulären Risiko die Kombination aus Tod jeglicher Ursache, nicht tödlichem Myokard-Infarkt und Schlaganfall.“ Selbst wenn hier keine Manipulation vorliegen sollte: Die absolute Risikoreduktion beträgt nicht mehr als zwei Prozent, wurde im Seminar herausgearbeitet. Hingegen wird die Herzinsuffizienzrate um 3,3 Prozent erhöht – das ist eine bekannte Nebenwirkung der Glitazone. Resümee der Studienkritik dieses Kammer-Seminars: Die „Number needed to treat“ ist 50, also 50 Patienten müssen mit dem Mittel behandelt werden, damit einer profitiert. Die „Number needed to harm“ aber ist 30, das heißt, einem von 30 Behandelten fügt man Schaden durch schwere Nebenwirkungen zu. Es wird mit Pioglitazon also mehr Patienten geschadet als genützt. Worauf nebenbei hingewiesen wurde: Es handelt sich um eine von der Industrie gesponserte Studie, und von den beteiligten Wissenschaftlern arbeiten die meisten als Berater, Auftragnehmer oder Angestellte bei der Herstellerfirma. Das ist pflichtgemäß am Schluss des formal sehr seriös wirkenden Berichts aufgeführt. Er erschien auch in einer als sehr seriös geltenden internationalen Zeitschrift, dem „Lancet“. Das zeigt, wie recht Johannes Köbberling hatte, als er beim Jubiläums-Symposium des „Arzneimittelbrief“ (siehe Seite 16) davor warnte, den Medien, selbst den hochrenommierten, blind zu vertrauen.

Rosemarie Stein

NACH DER WEST-OF-SCOTLAND-STUDIE BETRÄGT DAS 5-JAHRES-RISIKO FÜR TOD AUS KARDIOVASKULÄRER URSACHE UNTER PLACEBO 2,3%, UNTER PRAVASTATIN 1,6%. ES KANN AUCH GELTEN:

1. Pravastatin reduziert das Risiko für alle kardiovaskulär verursachten Todesfälle gegenüber einer Placebo-behandelten Kontrollgruppe um 30% (das 95% Konfidenzintervall reicht nach Angaben der Autoren von 3 bis 53%).
2. Werden 1000 Männer mit Hypercholesterinämie (Alter 45 bis 64 Jahre) über 5 Jahre mit Pravastatin behandelt, werden statt 23 (unter Placebo) 16 einen kardiovaskulär verursachten Tod sterben.
3. Unter Pravastatin überleben 984, unter Placebo sind es 977.
4. Um einen solchen Todesfall zu verhindern, müssen 143 Personen behandelt werden.
5. Nach Skolbekken (1998) erfordert dies die Einnahme von rund 350.000 Pravastatin-Tabletten.

(Quelle: BMJ 1998, -316:1956-58)



Informationen zur rationalen Arzneitherapie in der hausärztlichen Praxis

Protonenpumpenhemmer

Michael M. Kochen und Wilhelm Niebling

Wirksamkeit

Die pharmakologische Wirkung (nahezu vollständige Hemmung der gastralen Säuresekretion) der fünf in Deutschland zur Zeit zugelassenen Protonenpumpenhemmer (PPI; siehe Tabelle auf Seite 24) ist identisch. Es gibt keine hinreichenden Nachweise für klinisch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Substanzen.

Klassische Indikationen im hausärztlichen Alltag

- Therapie der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD) und Langzeitbehandlung zur Rezidivprophylaxe bei Patienten mit geheilter Ösophagitis.¹ Bei Patienten mit GERD lassen sich PPI durch bestimmte Einnahmemodalitäten (entweder nüchtern 15 bis 30 Minuten vor oder circa zwei Stunden nach einer Mahlzeit bzw. vor dem Schlafengehen) und durch Veränderungen im Lebensstil (Gewichtsabnahme, Hochstellen des Bett-Kopfteils) häufig auf die Hälfte der

üblichen Dosis reduzieren. Für die klinische Wirksamkeit diätetischer Maßnahmen (z.B. verminderter Konsum von Alkohol, Schokolade oder fettreichen Mahlzeiten) fehlen bislang wissenschaftliche Belege.²

- Eradikation des *Helicobacter pylori* (Hp) in Kombination mit einer geeigneten Antibiotikabehandlung. Nach erfolgter Eradikationstherapie ist die Fortführung der Therapie mit PPI nicht sinnvoll.³
- Heilung und Rezidivprophylaxe von peptischen Ulzera, die *Helicobacter pylori*-assoziiert sind bzw. durch Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika verursacht werden. Bei den genannten Indikationen sind PPI wirksamer als H₂-Blocker.

Dyspepsie

Ein Cochrane-Review kam 2005 zum Ergebnis, dass PPI zur initialen Behandlung dyspeptischer Patienten mit Sodbrennen bzw. Oberbauchbeschwerden wirksam seien. Eine erhebliche Schwä-

che dieser Arbeit ist jedoch (auch nach Meinung der Autoren), dass bei den meisten der hier analysierten Studien Patienten mit GERD nicht ausgeschlossen wurden.⁴ Eine test-and-treat-Strategie (Hp-Testung mit anschließender Eradikationstherapie) ist nur sehr begrenzt effektiv⁵ (insbesondere bei einer Hp-Prävalenz von unter 10%⁶). Dyspeptische Beschwerden stellen in Deutschland allerdings keine zugelassene Indikation für den Einsatz von PPI dar.

Poststationäre PPI-Therapie

Hausärzte sind immer wieder mit zum Teil irrationalen Empfehlungen aus dem Krankenhaus konfrontiert, PPI nach stationärer Behandlung auch ambulant weiter zu verordnen. Auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien⁷ gelten für Patienten, die eine kontinuierliche Behandlung mit nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) benötigen, folgende Empfehlungen:

Situation
Gastrointestinale Vorgeschichte* (z.B. Ulkus, Blutung)
PPI-Indikation bei NSAR-Therapie
Ja, unabhängig vom Alter
Situation
Keine gastrointestinale Vorgeschichte
PPI-Indikation bei NSAR-Therapie
<ul style="list-style-type: none"> • Patienten unter 65 Jahren: PPI nicht indiziert • Patienten über 65 Jahren: PPI-Indikation unsicher • Patienten über 65 Jahren, die (neben NSAR) ASS bzw. Kortikoide bzw. MARCUMAR erhalten: PPI indiziert
*Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wann immer möglich vermeiden!

Bei *Helicobacter-pylori*-positiven Patienten mit chronischer NSAR-Therapie vermindert eine Eradikation das Risiko unerwünschter gastrointestinaler Wirkungen.⁸ Werden NSAR als

Schmerzmittel verordnet, sollte (auch wegen kardiovaskulärer Nebenwirkungen) überprüft werden, ob nicht eine Behandlung mit zum Beispiel Parazetamol in Frage kommt.

Wechselwirkungen

Für Pantoprazol wird häufig das Fehlen von Wechselwirkungen beansprucht. Nach einer Übersicht der amerikanischen FDA (Food and Drug Administration) handelt es sich bei den seltenen Interaktionen von Omeprazol, Lansoprazol und Pantoprazol offensichtlich um einen Klasseneffekt ohne relevante Unterschiede zwischen den Einzelsubstanzen.⁹

Wirtschaftliche Verordnungsweise

Nach SGB V sind Arzneimittel auch nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu verordnen. Danach ist – wann immer möglich – auf kostengünstige Generika zurückzugreifen. Aufgrund der belegten Bioäquivalenz sind durch Verordnung von Generika im Vergleich zu Originalpräparaten keine Qualitätseinbußen zu befürchten.

Generika von Omeprazol sind – je nach Dosierung – erheblich günstiger als PPI-Originalpräparate. Protonenpumpenhemmer unterliegen der Festbetragsregelung und werden voraussichtlich am 1. November 2006 in die Präparatliste (<http://www.gkv.info>) aufgenommen, für die eine Zuzahlungsfreiheit einge-



Prof. Dr. med. Michael M. KOCHEN,
MPH, FRCGP, Georg-August-Universität
Abt. Allgemeinmedizin
E-Mail: mkochen@gwdg.de

führt wurde (Voraussetzung für die Aufnahme ist ein Preis, der mindestens 30% unter der Festbetragsgrenze liegt; Zuzahlungs-Befreiungsgrenzen ab 1. Nov. unter <http://www.bkk.de>). Unabhängig von pharmakologischen, rechtlichen und praktischen Aspekten resultiert die oft angewendete Tabletenteilung von Esomeprazol 20/40 mg heute (Stand: Ende Oktober 2006) im Vergleich zu ungeteilten Omeprazol-Generika nicht mehr in einer Kostenersparnis, die eine routine-mäßige Tabletenteilung rechtfertigen könnte.

Protonenpumpenhemmer: Präparate und Kosten

Wirkstoff	Präparat	DDD (WHO/DIMDI) ^{a,b}	Quartalskosten ^c
Esomeprazol	NEXIUM MUPS	30 mg/20 mg	117,69 €/78,46 €
Lansoprazol	AGOPTON	30 mg/15 mg	112,77 €/77,91 €
	LANZOR	30 mg/15 mg	190,64 €/141,43 €
	Generika	30 mg/15 mg	90,80 €/54,39 €
Omeprazol	ANTRA MUPS	20 mg/20 mg	93,47 €/93,47 €
	Generika	20 mg/20 mg	60,71 €/60,71 €
Pantoprazol	PANTOZOL, RIFUN	40 mg/20 mg	112,67 €/77,80 €
Rabeprazol	PARIET	20 mg/10 mg	107,80 €/74,92 €

a) DDD (defined daily dose) = Angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Arzneimittels bei Erwachsenen (keine Dosierungsempfehlung für den Einzelfall). Angaben nach WHO bzw. DIMDI.

b) Die WHO hat für Esomeprazol 30 mg, für Lansoprazol 30 mg, für Pantoprazol 40 mg und für Rabeprazol 20 mg als DDD festgelegt. Die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte DIMDI-Liste 2006 listet für diese Substanzen DDD auf, die nur die Hälfte (bei Esomeprazol zwei Drittel) der WHO-DDD betragen (jeweils zweiter Eintrag in der 3. Spalte), was die resultierenden Preise niedriger erscheinen lässt. Die Abweichungen von der WHO, so schreibt das DIMDI ohne weitere Begründung, stellten „eine notwendige Anpassung an den deutschen Arzneimittelmarkt“ dar.

c) Preisstand 15. Okt. 2006, Grundlage: OP zu 90-100 Tabletten. Preisangaben bezogen auf DDD der WHO sowie (hinter dem Schrägstrich) auf DDD des DIMDI. Aufgrund der wechselnden Preise – insbesondere jetzt zum 1. November – wird empfohlen, für die Quartalskosten (DDD x 90) entsprechende Nachschlagewerke (z.B. auch EDV-Programme) zu konsultieren. Bei fehlenden Wirksamkeitsunterschieden sollten Einsparpotenziale bei allen PPI auf preiswerte Omeprazol-Generika bezogen werden.

Verordner sollten beachten, dass laut WHO-Klassifikation die DDD-Angaben für Esomeprazol 30 mg, für Lansoprazol 30 mg, für Pantoprazol 40 mg und für Rabeprazol 20 mg betragen (Tabelle S. 24). Danach wären diese Präparate deutlich teurer als Omeprazol-Generika (siehe auch Verordnungsforum 3, KVBW 2006).

EMPFEHLUNGEN:

Alle Protonenpumpenhemmer (PPI) sind bei den zugelassenen Indikationen gleich wirksam und sicher. Für Omeprazol existiert die beste Datenlage. Trotz entsprechender Werbeaussagen fehlen zweifelsfreie Nachweise für klinisch relevante Unterschiede zwischen den einzelnen PPI. Bei Beachtung wissenschaftlich belegter Kriterien können PPI zum Nutzen der Patienten eingesetzt und unnötige Kosten vermieden werden durch:

- Verzicht auf nicht indizierte PPI-Begleittherapie bei chronischer NSAR-Gabe,
- zeitlich begrenzten Einsatz bei dyspeptischen Patienten (off-label!) nur bei Reflux- bzw. Oberbauchbeschwerden,
- Verzicht auf Fortsetzung der Behandlung nach erfolgreicher Helicobacter-pylori-Eradikation,

• Versuch der Dosisreduktion bei Patienten mit Dyspepsie bzw. gastro-ösophagealer Refluxkrankheit (GERD).

- 1) MOAYYEDI, P., TALLEY, N.J.: Gastro-oesophageal reflux disease. *Lancet* 2006; 367: 2086-100
- 2) KALTENBACH, T. et al.: Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? *Arch. Intern. Med.* 2006; 166: 965-71
- 3) MALFERTHEINER, P. et al.: Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht 2-2000 Consensus Report. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 16: 167-80.
- 4) DELANEY, B. et al.: Initial management strategies for dyspepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD001961. DOI: 10.1002/14651858.CD001961.pub2.
- 5) MOAYYEDI, P. et al.: Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dys-pepsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD002096. DOI: 10.1002/14651858.CD002096.pub4.
- 6) TALLEY, N.J., VAKIL, N.: The Practice Parameters

Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the Management of Dyspepsia. *Am. J. Gastroenterol.* 2005; 100: 2324-37

7) DUBOIS, R.W. et al.: Guidelines for the appropriate use of non-steroidal anti-inflammatory drugs, cyclo-oxygenase-2-specific inhibitors and proton pump inhibitors in patients requiring chronic anti-inflammatory therapy. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2004; 19: 197-208

8) CHAN, F.K.L., GRAHAM, D.Y.: Review article: prevention of non-steroidal anti-inflammatory drug gastrointestinal complications – review and recommendations based on risk assessment. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2004; 19: 1051-61

9) LABENZ, J. et al.: A summary of Food and Drug Administration-reported adverse events and drug interactions occurring during therapy with omeprazole, lansoprazole and pantoprazole. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003; 17: 1015-9.

Nachdruck aus der Sonderbeilage *arznei-telegramm* 2006; Jg. 37, Nr. 11

Pharmaunabhängige Arzneimittel-Informationsquellen (Auswahl)

INFORMATIONSDIENSTE/ZEITSCHRIFTEN

- DER ARZNEIMITTELBRIEF. Westkreuz-Verlag GmbH Berlin/Bonn. Mit Online-Ausgabe: www.der-arzneimittelbrief.de
- *arznei-telegramm*. A.V.I.-Arzneimittel-Verlags GmbH Berlin. Mit Online-Ausgabe: www.arznei-telegramm.de
- AVP Arzneiverordnung in der Praxis. Herausgeber: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Vertrieb nexus Düsseldorf. Mit Sonderheften „Therapieempfehlungen“ www.akdae.de
- PHARMA-BRIEF BUKO-Pharma-Kampagne Verlag. Mit Online-Ausgabe: www.bukopharma.de

Diese Bulletins (außer „Arzneiverordnung in der Praxis“) geben gemeinsam den Patienten-Informationsdienst „Gute Pillen – schlechte Pillen“ heraus. Westkreuz-Verlag Berlin.

BÜCHER

- Arzneiverordnungen. Herausgeber: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Deutscher Ärzteverlag Köln, 21. Auflage 2006
- Arzneiverordnungs-Report 2006 (Besprechung s. Seite 35)
- Handbuch Medikamente. Herausgeber Stiftung Warentest Berlin. 6. Auflage 2004, kartonierte Sonderausgabe 2006 für 25 Euro. Online-Ausgabe: www.medikamente-im-test.de
- Lehrbuch Evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Deutscher Ärzteverlag Köln, 2000
- Kompendium Evidenzbasierte Medizin. Verlag Hans Huber Bern, 5. Auflage 2006

ELEKTRONISCHE ARZNEIMITTEL-INFORMATION

(außer den Online-Ausgaben der genannten Bulletins)

- atd-Arzneimitteldatenbank; über • www.arzneitelegramm.de, • www.evimed.ch
• www.infomed.org/, • www.cochrane.de, • www.ebm-netzwerk.de

BEMERKENSWERTES AUS DEM VEREINIGTEN KÖNIGREICH

persönliche Empfehlungen von Günther Jonitz

- www.nelh.nhs.uk, new electronic library in healthcare
- www.ebandolier.com, Departement Clinical Epidemiology Universität Oxford
- www.soundshealthy.org, Hp Sir John Muir Gray „knowledge is the enemy of the disease“
- www.jameslindlibrary.org, „Saubere Studien - Studieren einst und jetzt“

Die Ankündigungen auf diesen beiden Seiten geben einen Überblick über die ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, die von der Ärztekammer Berlin veranstaltet werden oder in Kooperation mit ihr stattfinden. Alle weiteren Fortbildungsveranstaltungen, die bepunktet wurden, können im **Online-Veranstaltungskalender** auf der Homepage der Ärztekammer unter **www.aerztekammer-berlin.de** (im Kapitel „Fortbildung“, „Veranstaltungskalender“) recherchiert werden. Hier sind auch – soweit verfügbar – nähere Informa-

tionen zu Unterthemen und Referenten sowie die Fortbildungspunktzahl und Kontaktdaten hinterlegt. Der Veranstaltungskalender ermöglicht eine Recherche nach Terminen, Fachbereichen oder auch nach freien Suchbegriffen. Damit bietet der Kalender in Abhängigkeit von der gewählten Suchstrategie sowohl einen umfassenden Überblick über sämtliche Fortbildungsveranstaltungen als auch eine an den individuellen Interessensschwerpunkten orientierte Veranstaltungsauswahl weit im Voraus.

Termine	Thema / Referenten	Veranstaltungsort	Information/ Gebühr	Fortbildungspunkte
■ Kursteile: C1: ab 08.01.2007, C2: ab 17.01.2007	Arbeitsmedizin: Weiterbildungskurs Theoretischer Lehrgang im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Arbeitsmedizin	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel. 40806-1301, -1302, -1303, E-Mail aag@aekb.de Gebühr: 440 € pro Kursteil	60 P
■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils donnerstags 20.00 – 21.30 Uhr	Fachspezifische Fortbildung Innere Medizin: Reise- und Tropenmedizin 30.11.: Keine Veranstaltung! 07.12.: Reisemedizinisch relevante Erkrankungen 14.12.: Wurmerkrankungen 21.12.: Keine Veranstaltung! 28.12.: Keine Veranstaltung! 04.01.: Bilharziose 11.01.: Schlafkrankheit 18.01.: Leishmaniose	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
■ Semesterbegleitende Veranstaltungsreihe; jeweils 14-tägig dienstags, 20.00 – 21.30 Uhr	Interdisziplinäre Fortbildungsreihe 05.12.: KHK unter Gender-Aspekten 19.12.: Gastroösophageale Refluxkrankheit 02.01.: Keine Veranstaltung! 09.01.: Ohrenschmerzen 23.01.: Rauchen	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: E-Mail fobi-zert@aekb.de keine Teilnehmergebühr, Anmeldung nicht erforderlich	3 P pro Veranstaltungstermin
■ 02.03.2007 – 03.03.2007	Kombinierter Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 200 €	13 P
■ Kursblöcke 1-5: 09.03.2007 – 11.03.2007 23.03.2007 – 25.03.2007 20.04.2007 – 22.04.2007 11.05.2007 – 13.05.2007 01.06.2007 – 03.06.2007 Kurszeiten jeweils freitags 14.00 – 18.00 Uhr samstags 10.00 – 18.00 Uhr sonntags 10.00 – 14.00 Uhr Praktikum: voraussichtlich September 2007	80-Stunden-Kurs „Ernährungsmedizin“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer	Konferenzzentrum des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung Potsdam-Rehbrücke (DIFE) Arthur-Scheunert-Allee 114-116 14558 Nuthetal	Information: MUT gemeinnützige Gesellschaft für Gesundheit mbH Büro Ernährungsmedizin Rudolfstr. 11, 10245 Berlin Tel.: 030/293302-44 E-Mail: ermed@mut-gesundheit.de Gebühr: Gesamter Kurs inkl. Praktikum: 1.250 € Gesamtkurs ohne Praktikum: 970 € Einzelblöcke Bei 3-4 Blöcken: je 210 € Bei 1-2 Blöcken: je 225 € Einzelner Kurstag: 130 €	80 P (alle Kurse) 20 P (Praktikum)
■ 26.02.2007 – 02.03.2007	Spezialkurs im Strahlenschutz bei der Tele- und Brachytherapie sowie bei der Behandlung mit Röntgenstrahlen (Therapiekurs)	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 990 €	41 P
■ 21.4.2007	Aktualisierungskurs nach Röntgenverordnung	Ärztekammer Berlin, Fort- und Weiterbildungszentrum Friedrichstr. 16, 10969 Berlin	Information: Tel.: 40806-1301 E-Mail: aag@aekb.de Gebühr: 130 €	9 P

Fortbildungsangebot: Qualitätsbeauftragter in der Hämotherapie (40-Std.-Kurs)

Die Bundesärztekammer hat gemäß den §§ 12 und 18 des Transfusionsgesetzes (TFG) eine Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Hämotherapie) erlassen.

Nach dieser Richtlinie müssen sowohl Einrichtungen, in denen Blut und Blutbestandteile gewonnen werden (Spendeinrichtungen) als auch Einrichtungen, in denen Blutprodukte angewendet werden (Einrichtungen der Krankenversorgung) Qualitätssicherungssysteme betreiben. Einrichtungen mit Anwendung von Blutkomponenten und/oder Plasmaderivaten für die Behandlung von Hämostasestörungen (außer Fibrinkleber) müssen im Be nehmen mit der zuständigen Ärztekammer einen ärztlichen Ansprechpartner zur Überwachung des Qualitätssicherungs-

systems (Qualitätsbeauftragter) benennen.

Voraussetzung für die Tätigkeit als Qualitätsbeauftragter ist die Approbation als Arzt und eine mindestens dreijährige ärztliche Tätigkeit sowie eine der folgenden Qualifikationen:

- Erfüllung der Voraussetzung für die Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ oder
- 40 Stunden theoretische, von einer Ärztekammer anerkannte Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“

Wer zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Richtlinie als Qualitätsbeauftragter tätig ist, darf diese Tätigkeit weiter ausüben unter der Bedingung, dass eine der genannten Qualifikationen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie nachgewiesen wird.

Die Ärztekammer Berlin und die Landesärztekammer Brandenburg werden die qualifizierende Fortbildung „Qualitätsbeauftragter Hämotherapie“ künftig im Wechsel anbieten. Nachfolgend finden Sie das bevorstehende Kursangebot.

Kursangebot der Ärztekammer Berlin:

Teil I: 01.03. – 03.03.2007
Teil II: 22.03. – 24.03.2007

(jeweils Donnerstag ab 15 Uhr, Freitag ganztätig, Samstag in der 1. Woche: 9-18 Uhr, Samstag in der 2. Woche: 9-14 Uhr)

Veranstaltungsort: Ärztekammer Berlin, Friedrichstr. 16, 10969 Berlin

Teilnehmergebühr: 700,- €

Information: Telefon: 030/40806-1400 (Inhalte)
030/40806-1202 (Anmeldung)
E-Mail: fobi-zert@aekb.de

Anmeldeschluss: 20.01.2007

Wissenschaftliche Gesamtleitung: Dr. med. Elke Gossrau (Berlin)

Der jeweils vollständige Besuch der Kursangebote in Berlin oder Potsdam ist mit 40 Fortbildungspunkten für das Fortbildungszertifikat anrechenbar.

31. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

11. bis 13. Januar 2007 in Berlin

Veranstaltungsort: Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Str. 5 b, 10115 Berlin

Kongresseröffnung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. J.-D. Hoppe, Berlin, Prof. Dr. med. H. Eckel, Göttingen

- Themen und Moderatoren/-innen:**
- **Suchterkrankungen** (mit Schwerpunkt auf Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit), Prof. Dr. F. Hohagen, Lübeck (11.01./9.20 – 13.15 Uhr)
 - **Andrologie in der täglichen Praxis**, Prof. Dr. E. Nieschlag, Münster (11.01./15.00 – 18.30 Uhr)
 - **Therapie der Adipositas**, Prof. Dr. J. Schulze, Dresden (12.01./9.00 – 13.15 Uhr)
 - **Die Versorgung betagter Patienten**, Frau Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen, Berlin (12.01./14.30 – 18.30 Uhr)
 - **Arzneitherapie und Arzneimittelsicherheit im Alter**, Prof. Dr. B. Müller-Oerlinghausen, AkdÄ, Berlin (13.01./9.00 – 12.30 Uhr)

Die Veranstaltung ist mit insgesamt 20 Fortbildungspunkten durch die Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Weitere Informationen und das Programmheft unter: Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung, PF 12 08 64, 10598 Berlin, Tel. 030 400456-415, -418, Fax -429, E-Mail: cme@baek.de, Internet: www.bundesaerztekammer.de

ANZEIGEN

Praxisschilder · Drucksachen · Stempel
Thomas Götze TE-GE · Über 35 Jahre Erfahrung
Kaiser-Friedrich-Str. 5 · 10585 Berlin · Mo–Do 10–17 Uhr u. n. Vereinb.
☎ 3 41 10 64 · Fax 3 41 90 25

ANZEIGENSCHLUSS HEFT 1/2007: 7.12.2006

RUGE & CHERIF Rechtsanwälte und Arzt

Dr. med. Dietrich Ruge
Rechtsanwalt und Arzt

Dr. jur. Sylvia El Cherif
Rechtsanwältin

Medizinrecht und Arbeitsrecht
www.rae-ruge-cherif.de

Xantener Str. 15 A (Am Olivaer Platz) • 10707 Berlin • Tel. 030 88722831

Konsequenter Sparkurs der Kammer zeigt Erfolg

Bericht von der Delegiertenversammlung am 8. November 2006

Der Haushalt der Ärztekammer Berlin hat sich konsolidiert. Die im vergangenen Jahr von der Delegiertenversammlung beschlossenen Sparmaßnahmen griffen nach bisherigen Prognosen im Haushaltsjahr 2006 voll. Insbesondere der konsequente Sparkurs der Verwaltung der Kammer zeigte Wirkung. Dass die Kammer diesen Weg weiter gehen will, macht der Wirtschaftsplan 2007, den die Delegierten auf ihrer Sitzung am 8. November verabschiedeten, deutlich.

Von Sascha Rudat

Schatzmeister Rudolf Fitzner (Liste Allianz) brachte es zu Beginn der Sitzung auf den Punkt: „Aus unserer Sicht hat sich die Wirtschaftslage der Kammer konsolidiert.“ Man befinde sich glücklicherweise in einer ganz anderen Situation als vor einem Jahr. Dies sei auf „gravierende Einsparungen in der Verwaltung, die Einführung von Weiterbildungsgebühren und die Anhebung der Kammerbeiträge“ zurückzuführen. Ähnlich äußerte sich der Vorsitzende der Haushaltskommission, Reinhold Grün: „Auch aus unserer Sicht ist es erfreulich, dass sich die finanzielle Entwicklung jetzt günstiger darstellt.“

Kammerbeiträge deutlicher gesunken

Wie der Kaufmännische Leiter der Kammer, Frank Rosenkranz, den Dele-

gierten erläuterte, konnte 2005 statt einer prognostizierten Unterdeckung von 349.000 € ein positives Ergebnis von rund 367.000 € erzielt werden, die den Rücklagen zugeführt werden konnten. Diese Abweichung sei auf Seiten der Aufwendungen beispielsweise dadurch begründet, dass weniger Fortbildungsveranstaltungen stattfanden (-118.000 €). Diese hatten aber auch weniger Einnahmen zur Folge. Im Bereich der Weiterbildung wurden 64.000 € weniger Aufwandsentschädigungen gezahlt, da die neue Weiterbildungsordnung erst im April dieses Jahres in Kraft getreten war.

Die Aufwendungen für den Vorstand beliefen sich auf 21.000 € weniger als geplant. Darüber hinaus wurden im Bereich Information und Kommunikation 47.000 € weniger ausgegeben. Geringere Ausgaben fielen zudem in den Bereichen Personal, Abschreibungen, Bera-



tungskosten sowie IT-Anpassungen an. Demgegenüber stand ein um 265.000 € größeres Minus bei den Kammerbeiträgen. Gleichzeitig konnten durch die Gebühren für Zertifizierungen von Fortbildungsveranstaltungen 364.000 € mehr eingenommen werden.

Das positive Ergebnis wurde von den Delegierten mit Zufriedenheit zur Kenntnis genommen. Volker Pickerodt (Fraktion Gesundheit) wandte allerdings ein, dass seine Einschätzung vom vergangenen Jahr richtig gewesen sei. Pickerodt hatte 2005 dafür plädiert, zunächst abzuwarten, ob sich die Prognose bewahrheitet und dafür notfalls eine höhere Vermögensentnahme zu riskieren. Er kritisierte zugleich die Unsicherheit derartiger Prognosen. Schatzmeister Fitzner erwiderte, dass die getroffenen Maßnahmen vollkommen richtig gewesen seien, sonst hätte

Sucht, Depression, Angst, Burn-out

Zurück ins Leben

Beratung und Information (0,12 €/Min.)

0180/5 25 74 05

Unsere privaten Fachakutkliniken:

Schwarzwald, Weserbergland,
Berlin/Brandenburg
Büro Berlin Tel. 030 280972-74, Fax -84
www.oberbergkliniken.de

Hochintensive und individuelle Therapien für Privatversicherte. Aufnahme jederzeit - auch im akuten Krankheitsstadium. Speziell für suchtkranke Mediziner bietet Oberberg ein anerkanntes Programm zur beruflichen Wiedereingliederung: das Oberberg-Curriculum.

Oberberg
Psychotherapie · Psychiatrie · Psychosomatik

man jetzt eine Unterdeckung von rund 600.000 € zu verzeichnen. „Ich glaube, dass wir richtig gehandelt haben“, betonte er.

Manfred Mensching von der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO erklärte, dass man keinerlei Beanstandungen am Jahresabschluss 2005 habe und man den uneingeschränkten Prüfungsvermerk erteilen konnte.

Haushaltskommissionschef Grün sagte, es sei erfreulich, dass es immer weniger kritische Anmerkungen der Wirtschaftsprüfer gebe. Dies sahen auch die Delegierten so und nahmen den Jahresabschluss einstimmig zur Kenntnis. Zugleich entlasteten sie den Vorstand.

Arztasweis als Risiko

Anschließend stellte der Kaufmännische Leiter den Wirtschaftsplan für das Jahr 2007 vor. Zunächst wies Rosenkranz darauf hin, dass die für 2006 geplante Unterdeckung von 787.000 € voraussichtlich deutlich unterschritten werden kann. Dies sei auf das Erreichen der angestrebten Ergebnisverbesserung von 400.000 € sowie auf deutlich höhere Beitragseinnahmen zurückzuführen, so dass es im Ergebnis zu einem ausgeglichenen Haushalt kommt.

Für 2007 ist laut Rosenkranz mit einer Unterdeckung von rund 346.000 € zu rechnen. Für dieses Minus sei einerseits die geänderte buchhalterische Darstellung der seit Jahren notwendigen Erneuerung der IT-Systeme der Kammer verantwortlich (135.000 €). Andererseits wurden die Weiterbildungsgebühren aus dem Wirtschaftsplan genommen, da die Haushaltskommission vorgeschlagen hatte, die Einführung dieser Gebühren rückgängig zu machen. So wurden zum 1. Januar 2006 beispielsweise Gebühren für den zweiten Facharztstitel sowie für die Erteilung von Befugnissen und Befugnisstätten eingeführt. Diese Einführung war ebenso wie die Beitragsanhebung im vergangenen Jahr im Vorfeld auf heftigen Widerstand der Fraktion Gesundheit gestoßen. Über die Streichung dieser Gebühren sollte die Delegiertenversammlung am 29. November entscheiden.

Wie Rosenkranz weiter erläuterte, ist 2007 mit einer weiteren Erhöhung der Einnahmen aus Kammerbeiträgen zu rechnen. Gegenüber der Herbstprognose für 2006 wird für 2007 eine Steigerung von ein Prozent angenommen, das heißt 74.000 €. Als großes Risiko für die Wirtschaftslage der Kammer in den kommenden Jahren schätzte er die geplante Einführung des elektronischen Arztasweises ein. Durch die erneute Verschiebung des Starts wurde wieder nur der zusätzliche Personalaufwand für die Ausgabe eingeplant. Schatzmeister Fitzner bezifferte die Kosten für die Einführung des Arztasweises nachzeitigem Stand auf rund 140 € pro Arzt.

Kammer-Geschäftsführer Gerhard Andersen beantwortete anschließend Fragen der Delegierten. Auf die Frage, wie es beispielsweise zu einer deutlichen Erhöhung der Aufwendungen für den Untersuchungsführer von Berufsrechtsfällen kommt, antwortete Andersen, dass die Anzahl und die Komplexität der Fälle deutlich zugenommen hätten: „Der Untersuchungsführer hat einen ungeheuren Aufwand.“ Man überlege sogar einen zweiten Untersuchungsführer einzusetzen. Nach diesen Ausführungen beschlossen die Delegierten den Wirtschaftsplan für 2007 mit einigen Enthaltungen.

Nachtrag zur Beitragsordnung beschlossen

Ebenso auf Zustimmung der Delegierten (bei drei Gegenstimmen) stieß die Beitragsordnung für das kommende Jahr. Die Kammerbeiträge bleiben damit gegenüber dem Jahr 2006 unverändert. Die DV hatte im vergangenen Jahr einer Anhebung der Beiträge ab der Beitragsstufe 10 (Einkommen ab 50.000 € jährlich) um 0,05 Prozentpunkte zugestimmt. Die Kammerbeiträge wurden dadurch auf das Niveau des Jahres 2001 zurückgeführt.

Auf der Tagesordnung standen dann noch die geänderte Entschädigungsregelung der Kammer und der 7. Nachtrag der Gebührenordnung. Mit der Neufassung wird die Entschädigungsregelung unter anderem an das geänderte Bundesreise-

kostengesetz angepasst. Die Neufassung war auch wegen des geänderten Aufgabenspektrums der Ethik-Kommission der Kammer nötig geworden.

Mit dem 7. Nachtrag zur Gebührenordnung werden Gebühren für die Prüfungen von Medizinischen Fachangestellten eingeführt. Da die neue Prüfungsordnung (auf Grund der Ausbildungsordnung des Bildungsministeriums) wesentlich aufwändigere Prüfungen vorsieht, steigen auch die Kosten für die Kammer. Dem wird mit der Einführung von Gebühren beziehungsweise der Erhöhung der Gebühren Rechnung getragen. Festgelegt wird auch, dass nicht kammerangehörige Ausbilder (wie zum Beispiel Medizinische Versorgungszentren oder Krankenhäuser) höhere Gebühren zahlen müssen. Durch diese Mehreinnahmen werden die Kammerangehörigen entlastet. Die Delegierten verabschiedeten die Entschädigungsregelung und den Nachtrag zur Gebührenordnung einstimmig. *srd*

Praxisschilder

Fahrstuhl 1.OG

Zahnarzt
Dr. dent. Breitschaft

Sprechzeiten:
Mo - Fr
u. nach Vereinbarung

9.00 - 18.00 Uhr
Telefon 84 10 90 50

infocard@infocard-berlin.de

Fahrstuhl 2.OG

Frauenarzt
Dr. med. Henning

Sprechstunden nach Vereinbarung
Telefon 84 10 90 40

unverbindlicher Hausbesuch
in Berlin oder

Sie besuchen unsere ständige Ausstellung

InfoCard Tel. (030) 84 10 90 40
Fax (030) 84 10 90 41
Hindenburgdamm 68, 12203 Berlin-Steglitz

Licht und Leben
www.lebenshilfe-shop.de
Oder Katalog anfordern:
Tel.: (0 24 04) 98 66 26

15 Jahre Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft e.V.

Mit der Gründung der Deutsch-Baltischen Ärztegesellschaft im November 1991 und ihrer Sektionen in Estland, Lettland und Litauen wurde ein neues Kapitel in der Geschichte der Beziehungen zwischen Deutschland und den baltischen Staaten nicht nur auf dem Gebiet der Medizin aufgeschlagen.

von H.-H. Wegener*, K. Ebel (Berlin)**, A.Lipping (Tallinn/Estland)**,
J. Pudane (Daugavpils/Lettland)**, H. Ulevicius (Vilnius/Litauen)**

Humanitäre Hilfe

Damals war vor allem humanitäre Hilfe notwendig: mehr als 3000 Krankenhausbetten, außerdem Medikamente und medizinische Geräte aller Art im Wert von vielen Millionen DM wurden gesammelt und in die baltischen Staaten gebracht. Von ausgemusterten, aber noch voll funktionsfähigen Bundeswehr-LKW über Röntgeneinheiten und Mikroskopen bis hin zum modernen Laser für die Kinderchirurgie wurde technische Hilfe geleistet. Eine litauische Augenpoliklinik konnte mit mehreren tausend, bei Optikern in Deutschland gesammelten und in einer Arbeitsbeschaffungsmaßnahme „restaurierten“ Brillen zahlreichen mittellosen Patienten helfen.

Hospitationen

Waren der Gründung der Gesellschaft erste Hospitationen baltischer Kolleginnen und Kollegen besonders in Berlin vorausgegangen, so wurde die Organisation, Finanzierung und Durchführung meist dreiwöchiger Hospitationen in der gesamten Bundesrepublik Deutschland in den folgenden Jahren zur Hauptaufgabe der Gesellschaft. Inzwischen sind mehr als 700 Mal Kolleginnen und Kollegen aus Estland, Lettland und Litauen zu Gast in Deutschland gewesen, davon etwa zwei Drittel in Berlin. Zur Zeit sind Hospitationen in nahezu allen Fachgebieten an mehr als 190 Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz möglich, woraus zugleich erhellt, dass

sich die Gesellschaft mit ihrer deutschen Sektion nicht auf Deutschland beschränkt, sondern die deutschsprachigen Nachbarländer einbezieht.

Die Deutsch-Baltische Ärztegesellschaft wurde so in den ersten Jahren ihres Bestehens zum Hoffnungsträger und zur Brücke zwischen den baltischen Staaten und den deutschsprachigen Ländern Mitteleuropas. Dies äußerte sich im überraschend starken Interesse, das die Gesellschaft besonders in den baltischen Staaten nach der Anfang 1992 erfolgten Gründung landeseigener Sektionen fand: In weniger als drei Jahren stieg die Zahl der Mitglieder von 19 auf über 800 an. Litauens Sektion hatte zeitweilig mehr als 350 Mitglieder, Estlands Sektion mehr als 250, während die lettische und die deutsche Sektion jeweils nie mehr als 140 Mitglieder aufwiesen (gegenwärtig hat die Gesellschaft 650 Mitglieder). Die Hospitanten erhalten ein Taschengeld zur Verpflegung. In Berlin steht eine von der Gesellschaft gemietete Gästewohnung zur Verfügung, in der meist drei Kolleginnen oder Kollegen untergebracht sind.

Der umgekehrte Weg, dass nämlich Ärzte aus Deutschland in den baltischen Staaten für längere Zeit tätig wurden, wurde selten gegangen: So konnte ein arbeitsloser Arzt seine Weiterbildung zum Allgemeinarzt durch eine fast einjährige Tätigkeit in Litauen zum Abschluss bringen, und ein pensionierter Kinderchirurg aus Berlin hat über sechs Monate lang in Tartu/Dorpat unentgeltlich zahlreiche Operationen durchgeführt. Er wurde mit der Ehrenbürgerschaft der Universität Tartu ausgezeichnet.

Wissenschaftliche Tagungen und Seminare

Im Rahmen der jährlichen Mitgliederversammlungen der Gesellschaft, die alternierend in Deutschland und in Estland, Lettland oder Litauen stattfinden, wird jeweils ein Fortbildungsblock veranstaltet, in dem ein oder zwei Hauptthemen interdisziplinär abgehandelt und diskutiert werden: in den letzten Jahren waren dies zum Beispiel: Diabetes mellitus, Hypertonie, AIDS oder Alkoholkrankheit. Hieran nehmen regelmäßig mehr als 70 bis 100 Mitglieder aus den baltischen und deutschsprachigen Ländern teil.

Seit dem Jahre 1993 wurden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Abteilung der Internationalen Akademie für Pathologie jährlich mehrtägige histologische Schnittseminare durchgeführt, die von jeweils 3 bis 5 international angesehenen Referenten aus Deutschland, Österreich oder der Schweiz getragen wurden. Im Jahre 2006 besuchten mehr als 160 Teilnehmer das 13. derartige Symposium. Fast alle Referenten haben seit nunmehr 13 Jahren nicht nur auf ein Honorar verzichtet, sondern auch noch die Teilnehmergebühren selbst bezahlt. (Seit dem Jahre 2006 hat die Internationale Akademie für Pathologie die Federführung bei der Organisation der Symposien übernommen, wird dabei aber weiterhin von unserer Gesellschaft unterstützt).

Finanzierung

Zur Bewältigung der geschilderten Aufgaben war und ist die Gesellschaft auf Hilfe von außen angewiesen, da die Mitgliedsbeiträge und der erwähnte Honorarverzicht von Referenten nicht dazu ausreichen. Hilfe gewährten die Hans-Neuffer-Stiftung und der Verband der Leitenden Krankenhausärzte, wodurch unter anderen die Hospitationen außerhalb Berlins finanziert werden konnten. Die Beschaffung einzelner neuer und hochwertiger medizinischer Geräte wurde durch die Alfred Krupp v. Bohlen- und Halbach-Stiftung und durch private Spenden möglich; zahlreiche, zum Teil in Zusammenarbeit mit dem Goethe-Institut/Riga durchgeführte Sprachkurse für Ärzte wurden durch die Robert-

* (von 1991-1999 Vorsitzender d. Ges.)

** (derzeitige Vorsitzende der Landessektionen)

Bosch-Stiftung, aber ebenso durch zweckgebundene private Spenden und durch Mittel der Gesellschaft finanziert. Zuwendungen der Ärztekammer Berlin wurden für die in Berlin hospitierenden Ärztinnen und Ärzte eingesetzt. Hier sei dankbar hervorgehoben, dass die Idee kollegialer Hilfe gegenüber den baltischen Staaten von Beginn an die Unterstützung aller Fraktionen in der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin fand. Allen Spendern und Unterstützern ist die Gesellschaft zu großem Dank verpflichtet.

Zukünftige Aktivitäten

Nach 15 Jahren ist kritisches Hinterfragen nach den zukünftigen Aufgaben und dem Sinn der Gesellschaft angebracht, zumal die Gründergeneration 15 Jahre älter geworden ist. Der emotionale Schwung der ersten Jahre, die Neugier aufeinander und die beglückenden Begegnungen sind einem mehr routinemäßigem Erfüllen der satzungsgemäßen Pflichten gewichen, was nicht auf mangelnden guten Willen, sondern auf veränderte Bedingungen in der Berufsausübung der meisten Mitglieder zurückzuführen ist. Auch wird es immer schwerer, die finanziellen Voraussetzungen jährlich neu zu schaffen und zu realisieren.

Dieser eher pessimistischen Grundstimmung steht allerdings die Wiedersehensfreude gegenüber, mit der sich bei den Treffen der Pathologen ebenso wie bei den Mitgliederversammlungen inzwischen gewachsene Freundschaften als haltbare und tragfähige Bindungen erweisen. Es ist jene janusköpfige Gründergeneration, welche die Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft heute noch trägt, welche die Jahre und Jahrzehnte vor und nach der Wende bewusst erlebt hat, die Vor- und Nachteile der politischen Systeme

kennt und die (als einzige!) vergleichen, bewerten und die richtigen Schlüsse ziehen kann.

Die nachfolgende Generation aber hat andere Sorgen: Welcher junge Arzt in Deutschland ist heute noch an der Medizinentwicklung in den baltischen Staaten interessiert? Welcher junge Arzt/Ärztin in den baltischen Staaten will seine/ihre Weiterbildung lieber in Deutschland als in den skandinavischen Ländern, in Großbritannien, in Irland oder in den USA realisieren, zumal er/sie in diesen Ländern ein wesentlich höheres Einkommen erzielt und bessere Arbeitsbedingungen vorfindet?

Unseren in Deutschland hospitierenden baltischen Kolleginnen und Kollegen sind die in den letzten zehn Jahren immer krasser hervortretenden Negativentwicklungen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, die um sich greifende Bürokratisierung, die zunehmende Dominanz ökonomischer Parameter im Alltag ärztlicher Berufsausübung, die damit verbundene Eile in der werkstattmäßigen Behandlung von Krankheit bei entsprechend verkürzter Verweildauer und die damit verbundene Arbeitsbelastung des einzelnen Arztes nicht verborgen geblieben. Dennoch: gerade für jene Ärzte, die in den baltischen Staaten bleiben und die Folgen der extremen Abwanderung junger Ärzte in das westliche Ausland tragen und ertragen müssen, ist die Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft noch immer eine wichtige Brücke in den deutschsprachigen Raum, die die Rückkehr in das Heimatland einschließt und Abwerbung vermieden hat und vermeidet. Die Organisation von Hospitationen bleibt daher permanente Aufgabe.

Darüber hinaus sind die künftigen Aufgabenfelder für die Deutsch-Baltische

Ärztesgesellschaft unübersehbar, aber auch nur mit neuem Mut und erneuertem Engagement der nächsten Generation zu fruchtbaren Ergebnissen zu führen: Weil jedes baltische Land für sich zu klein ist, um alle zukünftigen Entwicklungen in der Medizin einführen und in spezialisierten Kliniken, vor allem aber in Lehre und Forschung vertreten zu können, sind diese Länder auf Kooperationen untereinander und mit befreundeten Ländern angewiesen. Hierfür hat die Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft in den 15 Jahren ihres Bestehens viele Fäden geknüpft, die verstärkt werden müssen, damit sie nicht reißen: zum Beispiel durch die Organisation von Partnerschaften zwischen Universitäten, Kliniken, Abteilungen, Instituten und Fachgesellschaften, Austausch von Wissenschaftlern, durch gemeinsame Forschungsprogramme. In Ansätzen sind diesbezügliche Entwicklungen bereits erkennbar, ja Realität. Dazu bedarf es handelnder Personen, die zu persönlichen Opfern bereit sind und konkrete Projekte über einen längeren Zeitraum betreuen.

Die Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft möchte mit diesem Artikel viele Kolleginnen und Kollegen ermuntern: Machen Sie mit! Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt für die deutsche Sektion 70 €, für Ärzte in Weiterbildung 35 €.

Nähere Informationen können in der Geschäftsstelle angefordert werden: Deutsch-Baltische Ärztesgesellschaft, Angerburger Allee 17, 14055 Berlin; Tel. dienstags und donnerstags von 8-12 Uhr : 030/30207495.

Für etwaige Spenden (bzw. steuerbegünstigte Zuwendungen) auf das Konto der Deutsch-Baltischen Ärztesgesellschaft bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank BLZ 10090603, Nr. 0004140788 dankt die Gesellschaft im voraus. ■

ANZEIGE

Moina Beyer-Jupe
Rechtsanwältin

Tätigkeitsschwerpunkte

- Arztrecht
- Vertragsarztrecht
- Arzthaftungsrecht



Claudio Jupe
Rechtsanwalt & Notar

Tätigkeitsschwerpunkte

- Arbeitsrecht
- Praxisverträge
- Gewerbemietrecht

10625 Berlin-Charlottenburg · Goethestraße 47 · Telefon: 0 30-3 18 61 00 · Fax: 0 30-3 13 53 13 · Internet: www.beyer-jupe.de

Kaiserin-Friedrich-Haus wird 100

1933 bis 1992: Jahre der Fremdnutzung

Ein ganzes Vierteljahrhundert lang sind vom Kaiserin-Friedrich-Haus (KFH) – mit der gleichnamigen Stiftung (KFS) als Trägerin – bestimmende Einflüsse auf die Entwicklung des ärztlichen Fortbildungswesens in Deutschland ausgegangen¹⁾, bis dann mit der nationalsozialistischen Machtübernahme auch diese als Zentrum für das ärztliche Fortbildungswesen konzipierte Institution schnell an Bedeutung und Unabhängigkeit einbüßte²⁾.

Von Jürgen Hammerstein

Zwar behielt die KFS auch nach 1933 noch formal das Sagen über das KFH. Mit Sauerbruch, v. Bergmann, v. Eicken und Friedrich Müller waren 1935 sogar noch neue prominente Ärzte ins Kuratorium der Stiftung gewählt worden. Doch dürfte deren Entscheidungsspielraum klein geworden sein.

Dafür spricht auch ein 1939 von dem langjährigen Direktor des KFHes C. Adam stammender Hinweis, „wonach das Haus durch den nationalsozialistischen Umbruch insofern eine vollkommene Umwandlung erlitt; als das gesamte ärztliche Fortbildungswesen durch die Reichsärztekammer übernommen wurde. Sie übernahm auch die Räume im Kaiserin Friedrich-Haus, ... sodaß heute außer der staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel nur die Reichsärztekammer Räume innehat.“²⁾ Auch das rassenpolitische Amt der NSDAP hatte dort seinen Sitz.

Weitere Veränderungen während der 30er Jahre sind erwähnenswert: So nahm die einst im Zentrum der Fortbildungsaktivitäten angesiedelte Staatliche Sammlung ärztlicher Lehrmittel mehr und mehr den Charakter einer

staatlichen mediko-historischen Sammlung an²⁾. Schon 1935 war in diesem Zusammenhang die Gründung eines mediko-historischen Museums öffentlich in Erwägung gezogen worden³⁾. Auch von der 1931 noch in mehreren Erdgeschoss-sälen residierenden Dauerausstellung für die ärztlich-technische Industrie war Ende des Jahrzehnts nichts mehr übrig geblieben¹⁾²⁾.

Abgesehen von im November 1943 aufgetretenen Sprengbombenverwüstungen im Erdgeschoss³⁾ sind keine gravierenden Kriegsschäden bekannt geworden. Wohl deswegen haben sich die Russen nach Ende der Kampfhandlungen gerade dieses Gebäude zum vorübergehenden Sitz für ihre Militärkommandantur inklusive einem Offizierskasino auserkoren. Bemühungen ehemaliger Bediensteter, wenigstens noch Teile der in den Keller des Hauses verstaute Sammlungen zu retten, schlugen fehl. Alle über den Krieg erhalten gebliebenen Ausstellungsobjekte und das gesamte Archivmaterial gingen unwiederbringlich verloren. Die 1500 Stücke umfassende, besonders wertvolle Moulagen-Sammlung sei nach Karlshorst und von

dort nach Moskau abtransportiert worden, heißt es; danach verlieren sich die Spuren³⁾.

Nach dem 1949 erfolgten Auszug der Russen übergab die gerade erst in den Sattel gehobene DDR-Regierung das KFH – unter Missachtung der Eigentumsverhältnisse – an die in Gründung begriffene Akademie der Künste zur Nutzung. Dem Notvorstand der Stiftung wurden alle Mitwirkungsrechte in Eigentumsfragen verweigert, Mietszahlungen wurden nicht geleistet und die Stiftung 1960 schließlich aufgehoben, „da ... die Erfüllung des Stiftungszwecks durch die gesellschaftliche Entwicklung überholt ist“, wie es in dem amtlichen Siebenzeiler lakonisch hieß. „Das Restvermögen der Stiftung – und damit auch das KFH – fällt dem Magistrat von Groß-Berlin, Abteilung Finanzen, zu“.

In den 50er Jahren entwickelte sich das zum Stammsitz der Deutschen Akademie der Künste mutierte Gebäude zu einem viel beachteten kulturellen Mittelpunkt in Berlin-Ost. Hier fanden in den 50er und Anfang der 60er Jahre bemerkenswerte Aktivitäten statt, darunter Ausstellungen über das Schaffen von Käthe Kollwitz, Ernst Barlach, Otto Dix und Heinrich Zille.

Zwischen 1955 und 58 gab es auch vielfach beachtete Ausstellungen mit Beteiligung von Künstlern aus ganz Deutschland. Ferner diente das Haus mit seinem Hörsaal als Forum für die großen kulturpolitischen Debatten der damaligen Zeit – zum Beispiel über die Oper „Das Verhör des Lukullus“ (1951) und den Film „Das Beil von Wandsbeck“ (1952) mit so prominenten Diskutanten wie Bertolt Brecht, Arnold Zweig, Anna Seghers, Hanns Eisler, Paul Dessau, Wolfgang Langhoff, Helene Weigel, Walter Felsenstein und Herbert Iherin⁴⁾.

ANZEIGEN

www.praxisboerse.de

ANZEIGENSCHLUSS HEFT 2/2007: 8.1.2007

STEFAN DANIEL LITTNANSKI

Rechtsanwalt

Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Medizinrecht/Arztrecht

PF 740 140 · 13091 Berlin · Tel. 030/510 582 63 · www.ra-littnanski.de



Der Geschäftsführer, Prof. Dr. J. Hammerstein mit der 18. Stipendiatengruppe chinesischer Ärzte der Jinan-Universität/Kanton anlässlich der Feierlichkeiten zum 100-jährigen Jubiläum des Kaiserin-Friedrich-Hauses.

Aber auch politische Nonkonformisten kamen zu Gehör: Zehn Monate vor seiner Verhaftung in Ungarn hielt Georg Lukács hier seinen berühmt gewordenen Vortrag „Die Möglichkeiten des kritischen Realismus in unseren Tagen“. Die mittlerweile für die Kunst- und Kulturgeschichte der DDR legendär gewordenen Veranstaltungen „Junge Lyrik“ und „Junge Künstler“ kosteten Anfang der 60er Jahre deren Organisatoren Fritz Cremer und Stephan Hermlin ihre Positionen als Sektions-Sekretäre der Akademie.⁴⁾

Mit der 1962 erfolgten Umbildung in eine „sozialistische“ Akademie“ und der damit verordneten Orientierung ihrer Aktivitäten an politische Vorgaben verblasste dann aber bald die Ausstrahlung der Akademie der Künste und damit auch die Attraktivität des Hauses über einen langen Zeitraum.

Nach einer zehnjährigen Nutzung durch die Baudirektion Hauptstadt Berlin und anschließender Totalsanierung wurde das Gebäude am 18. November 1987 der Akademie als deren Hauptsitz in „Rechtsträgerschaft“ feierlich rückübertragen. Groß war dabei mit Erich Honecker, Willy Stoph und Kurt Hager das Aufgebot an Politikprominenz. Für die 400 geladenen Gäste war der mit einer Bühne, einer neuen Bestuhlung und einer Klimaanlage modernst hergerichtete Hörsaal freilich viel zu klein; die eigentliche Feier fand im gegenüberliegenden Conrad-Wolff-Saal statt. An Aufwand und Publizität stand dieser Staatsakt dem Kaiserlichen Festakt 1906 zur Einweihung des Hauses in nichts nach.

Viel Zeit blieb der Akademie freilich nicht mehr, den ihr vom Staat zugedachten Nutzen der Rekonstruktion wahrzunehmen und an die Tradition der 50er Jahre anzuknüpfen. Bereits am 4. Oktober 1990 hatte die 1972 in Westberlin von Wilhelm Heim reaktivierte KFS mit Hilfe der Rechtsanwältin M. Strodt das Restitutionsverfahren in Gang gesetzt und schon nach einem halben Jahr zum Erfolg geführt. Bis zur Rückgabe des Hauses sollten allerdings noch eindreierteil Jahre vergehen.

Nach konstruktiven Verhandlungen mit den beiden damaligen Akademiepräsidenten Heiner Müller und Walter Jens, dem Scheitern eines in letzter Minute unternommenen Versuchs, durch Klage vor dem Verwaltungsgericht die Rückübertragung des Hauses an unsere Stiftung doch noch aufzuhalten, wurde die Position der Stiftung im Restitutionsverfahren ein letztes Mal kritisch, als das Landesamt zur Regelung offener Vermögensfragen von der Stiftung – wenn auch letztlich vergebens – Ausgleichszahlungen durchzusetzen versuchte.

Nach 48-jährigem Exil war die KFS am 1. Januar 1993 endlich wieder Herr im eigenen Haus und ging sofort daran, das Gebäude den Erfordernissen der ärztlichen Fortbildung entsprechend umzugestalten. Wichtigste Baumaßnahmen waren die aufwendige Einbringung und Verankerung einer versenkbaren Leinwand im Podium des Hörsaals und die Schaffung eines modernen Seminarsaal im 2. OG. Auch ein Abguss der von Begas

geschaffenen Büste der Kaiserin Friedrich kehrte wieder an seinen angestammten Platz – die jahrzehntelang leer gebliebene Marmormuschel im Foyer – zurück (s. Abb.).

Die von der KFS am 20. September 1993 ausgerichtete feierliche Wiedereröffnung des Hauses zeichnete sich – verglichen mit den aufwendigen Feiern am 1. März 1906 und am 18. November 1987 – eher durch Bescheidenheit und Staatsferne aus. Längst sind inzwischen die Verwaltung des Hauses, die Organisation von jährlich über 200 Veranstaltungen mit insgesamt mehr als 10.000 Teilnehmern und nicht zuletzt die stiftungseigene Fortbildungstätigkeit und die Betreuung chinesischer Stipendiaten im Rahmen eines Partnerschaftsvertrags mit der Jinan-Universität in Kanton für die KFS zur Routine geworden. Und so konnte am 30. September 2006 das 100-jährige Bestehen des KFHes im Rahmen der Jahresversammlung der Stiftung festlich und voller Zuversicht begangen werden.

Literatur:

- ¹⁾ Adam, Lowin, Hamel: Festschrift anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Kaiserin-Friedrich-Hauses, S.27, 1931
- ²⁾ Adam, C.: Dtsch. Med. Wschr. 1939, S.767
- ³⁾ Witte, W. Z.ärztl. Fortbildung. 86, 571-83, 1992
- ⁴⁾ Uhlmann, P., pers. Mitteilung.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. Jürgen Hammerstein
Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das
ärztliche Fortbildungswesen
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

ANZEIGE

Wöhlermann ♦ Lorenz & Partner

Rechtsanwälte

Sebastian Loewe
Rechtsanwalt
Tätigkeitsschwerpunkte:
Arzthaftungsrecht,
Handels-/
Gesellschaftsrecht
Arbeitsrecht

Dr. Philipp Kadelbach
LL. M. (Cape Town)
Rechtsanwalt
Tätigkeitsschwerpunkte:
EDV-Recht
Wettbewerbsrecht
Medienrecht

Robin Klatt
LL. M. (Houston)
Rechtsanwalt
Attorney at Law, New York
Tätigkeitsschwerpunkte:
Gewerbliches
Mietrecht
Praxisübernahmerecht
Insolvenzrecht

Berlin Leipzig Magdeburg Torgau Herzberg Jessen Pöznán Barcelona Mallorca
Dircksenstraße 40 · 10178 Berlin-Mitte · Tel.: 030 288830-0 · Fax: 030 288830-90

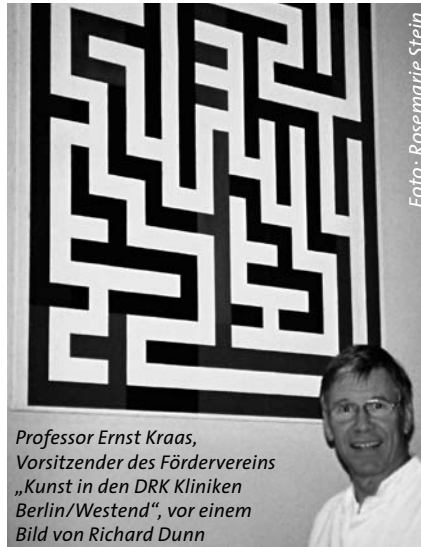
Beispiel Westend:

Lebens-Mittel Kunst im Krankenhaus

Das Krankenhaus als Reparaturwerkstatt fürs horizontal zu lagerndes Krankengut ist out. Gefragt ist das Hospital, ein gastliches Haus, in dem Fachkompetenz zwar selbstverständlich ist, in dem sich Patienten und Mitarbeiter aber auch wohlfühlen, weil man sie nicht auf ihre Krankheit beziehungsweise ihre Arbeitskraft reduziert, sondern auch als Person wahrnimmt.

Kunst im Krankenhaus ist hierfür ein Zeichen. Sie wurde hochaktuell, als in den 70er Jahren vor all den neuen Beton-Bettenburgen der Ruf „Mehr Menschlichkeit im Krankenhaus“ erscholl. Nicht zufällig wurde das Steglitzer, FU-Klinikum zum Vorreiter. Dort begann man schon 1973 mit Kunstausstellungen, die bis heute alle Sparzwänge überlebten, hatte zeitweise sogar einen hauptamtlichen Kunstbeauftragten, bis er wegrationalisiert wurde.

Andere Kliniken integrierten die „Kunst am Bau“ von Anfang an. In Neukölln zum Beispiel ließ man Markus Lüpertz sechs Wände bemalen und die ästhetische Ausstattung der neuen Parkklinik Weißensee wurde einer Meisterklasse der benachbarten Kunsthochschule übertragen. Und außerhalb Berlins? Selbst aus dem 1983 errichteten Bundeswehrkrankenhaus Ulm machten Architekten, Bildhauer und Maler eine Art Gesamtkunstwerk, und zur Eröffnung gab es dort ein Symposium „Kunst im Krankenhaus“. Ausstellungen, Konzerte, Lesungen und noch mehr gibt es ohnehin fast in jeder Klinik. (Zeitweise existierte in Berlin sogar ein „Arbeitskreis Kunst im Krankenhaus“.) Jetzt wird überall zuerst an der Kultur gespart. Es braucht aber gar nicht soviel Geld, um das „Klinikbetriebsklima“ für Patienten, Besucher und Mitarbeiter durch Kunst zu verbessern und die „Corporate Identity“ des Hauses für den Wettbewerb zu stärken; es braucht vor allem ein paar engagierte und einfalls-



Professor Ernst Kraas, Vorsitzender des Fördervereins „Kunst in den DRK Kliniken Berlin/Westend“, vor einem Bild von Richard Dunn

reiche Mitarbeiter mit Phantasie und einem langen Atem.

Da wären zum Beispiel die DRK-Kliniken Westend. Fürs neue Hochhaus des damaligen Städtischen Krankenhauses malte der junge Georg Baselitz 1971 (als „Kunst am Bau“) das heitere Triptychon „Lebenskraft“. Lange verschollen, hängt es nun wieder an prominenter Stelle, im Foyer der Kopfklinik. Als das denkmalgeschützte Krankenhaus 2004 hundert wurde, legte man einen „Historischen Weg“ durchs Klinikgelände, mit 15 noch heute viel beachteten Schautafeln, auf denen in Wort und Bild die wechselvolle Geschichte der Kliniken dargestellt ist. Und als Gottfried Benn, einst hier in der Pathologie tätig, hundert geworden wäre, feierte Westend ihn dieses Jahr mit einem Gedenksymposium in großem Stil. (Die Anregung eines Patienten, einen jährlichen Benn-Tag einzurichten, soll aufgegriffen werden.)

All dies bewerkstelligte der 2001 gegründete „Förderverein Kunst in den DRK-Kliniken Berlin/Westend“ unter Vorsitz des Chirurgen Ernst Kraas, obwohl der Schwerpunkt eigentlich auf der bildenden Kunst liegt. Die fördert er auf

hohem, geradezu museumsgleichen Niveau. Im Kasino und an verschiedenen anderen Orten finden Ausstellungen zeitgenössischer Kunst statt, oft mehrere zugleich. Verantwortlich ist eine professionelle Kuratorin, die freiberuflich tätige Kunsthistorikerin Dr. Anne Marie Freybourg, die auch zu Kunstgesprächen für die Mitarbeiter einlädt.

Eine große Gedenkausstellung für den 2000 gestorbenen Berliner Maler und Arzt Walter Menne kam 2003/4 mit Hilfe seiner Witwe zustande, und 2005 zum Beispiel wurden Bilder von Manfred Gräfe gezeigt. Die Werke gestandener Berliner Künstler stehen im Zentrum, aber in kleineren Ausstellungen, etwa in der Gynäkologie, kommen auch die Jüngeren zum Zuge, und manchmal guckt man auch über den Gartenzaun. Die jetzige (verlängerte) große Ausstellung, übernommen von den Kunstsammlungen Chemnitz, ist dem australischen Maler Richard Dunn gewidmet. Gleichzeitig hängen in der Frauenklinik Zeichnungen von Petra Trenkel und Fotos von Annette Kisling sowie im Medizinischen Aufnahmezentrum und auf zwei Stationen Bilder von Christiane Conrad. Und aus jeder Ausstellung bleibt auf Dauer etwas im Krankenhaus, erworben vom Kunstverein nur aus Beiträgen und Spenden, oder auch als Geschenk des Künstlers. Ärzte und Privatpatienten kaufen gelegentlich auch für sich selbst ein Werk.

Zahlreiche Skulpturen bevölkern den Park, vor allem von Rolf Szymanski und Dietrich Kluge, aber auch von so verschiedenen Bildhauern wie Cimioti, Schrieber und dem Polen Jerzy Kedziora. Dessen leichtfüßig schwebender Fischerjunge mit seinem Netz macht den Betrachtern besondere Freude. („Ich mache immer einen kleinen Umweg, um dort vorbeizugehen“, sagte ein Assistent zu Kraas.) Die Skulpturen stellt die Galerie Brusberg als langfristige Leihgabe großzügig zur Verfügung, der Kunstverein muss nur für die Sockel und den Transport aufkommen.

Es geht also. Es muss gehen, auch ohne Etat. Denn Kunst im Krankenhaus ist kein hübsches, aber überflüssiges Ornament, sondern ein Lebens-Mittel.

Rosemarie Stein

Ein besonders empfehlenswerter Verordnungs-Ratgeber

**Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath (Hrsg.):
Arzneiverordnungs-Report 2006. Springer-
Verlag Berlin-Heidelberg. 1141 S., 36,95 Euro**

Zu einem praktischen Ratgeber für alle verordnenden Ärzte ist dieses jährlich erscheinende, in Europa einmalige Standardwerk geworden, das von unabhängigen Fachleuten verfasst ist. Als es in Berlin vorgestellt wurde, sprach einer der beiden Herausgeber, der Pharmakologe Ulrich Schwabe, den Ärzten Anerkennung aus: Es werden immer mehr kostengünstige, aber den Originalpräparaten gleichwertige Generika verschrieben. Überdies ordnen die Ärzte immer weniger wertlose oder zweifelhafte, „umstrittene“ Mittel.

Dennoch stiegen 2005 die Arzneimittelkosten gegenüber dem Vorjahr um 1,9 Milliarden Euro. Ein Drittel dieses Anstiegs entfällt auf teure „Me too-Präparate“ ohne

Zusatznutzen. Allein auf solche sinnlosen Analogpräparate entfielen sieben Prozent des gesamten Arzneimittelumsatzes, sagte Mitherausgeber Dieter Paffrath. Diese Schein-Innovationen mit analogen Wirkungen zu denen schon bekannter Substanzen ist deshalb ein Schwerpunkt-Kapitel des Reports gewidmet, dessen Anschaffung allein schon dafür lohnt. Denn hier wird auf vielen Seiten aufgelistet, gegen welche preiswerten und genauso guten Generika der vorgeschlagenen Leitsubstanzen man die 300 umsatzstärksten Analogpräparate austauschen kann.

Und es wird (mit Quellennachweise) erläutert, warum zum Beispiel kurz wirkende Insulinanaloga auch nicht besser sind als natürliches Humaninsulin, warum Diclofenac als Leitsubstanz empfohlen wird, warum Sartane nur bei Unverträglichkeit von ACE-Hemmern indiziert sind oder

warum orales Morphin (und nicht die teuren Pflaster) noch immer Standard bei der Behandlung von Krebschmerzen ist.

Kosten und Nutzen werden im Arzneiverordnungs-Report und in anderen unabhängigen Publikationen seit langem gegeneinander abgewogen. Jetzt zieht die Politik nach: Wie Gesundheitsstaatssekretärin Marion Caspers-Merk bei der Buchvorstellung ankündigte, werden Arzneimittel künftig „daraufhin überprüft, in welchem Verhältnis ihr medizinischer Nutzen zu den entstehenden Kosten steht“. Außerdem soll ein Zweitmeinungsverfahren für die Verordnung besonders hochwertiger Medikamente gesetzlich verankert werden.

Dass es auch ohne Gesetz, nur mit Vereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen und mit einer Analogliste geht, hat die KV Nordrhein bewiesen: Innerhalb eines Jahres wurde sie – ohne Qualitätseinbußen bei der Patientenversorgung! – vom Spitzenreiter in der Kostensteigerung zum Spitzenreiter in der Kostensenkung, teilte ihr Vorsitzender Leonhard Hansen mit. Nach seiner Empfehlung sollte der Arzneiverordnungs-Report „zur Pflichtlektüre jedes Arztes werden“. R. St.

*Frohe
Weihnachten
und ein erfolgreiches
neues Jahr*



SONORING

Medizintechnik Jendreyko

www.mtjendreyko.de - email: info@mtjendreyko.de

Sonothek Berlin

Paul-Junius-Str. 70

10369 Berlin

Tel. 030 - 9714030

Partner weltweit führender Hersteller:



BERLINER ÄRZTE

12/2006 43. JAHRGANG

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

Herausgeber:

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

Redaktion:

Dipl. jour. Sascha Rudat (v.i.S.d.P.)
Eveline Piotter (Redaktionsassistentin)
Redaktionsbeirat:
Dr. med. Günther Jonitz
Dr. med. Elmar Wille
LMD Dr. sc. med. Manfred Dücker
Dr. med. Daniel Sagebiel MPH
Anschrift der Redaktion:
Friedrichstraße 16, 10969 Berlin
Telefon 030 40806-4100/-4101, FAX -4199
Titelgestaltung: Sehstern/Berlin

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

Verlag, Anzeigenverwaltung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruener-Straße 62,
04107 Leipzig
Telefon 0341 710039-90, FAX -99
Internet: www.leipziger-verlagsanstalt.de
E-Mail: info@leipziger-verlagsanstalt.de

Verlagsleitung: Dr. Rainer Stumpe
Anzeigendisposition: Melanie Bölsdorff
Anzeigenverwaltung Berlin/Brandenburg:
Götz & Klaus Kneiseler, Uhlandstraße 161, 10719 Berlin
Telefon 030 88682873, Telefax 030 88682874
Druck und Weiterverarbeitung: Druckhaus Dresden GmbH,
Bärensteiner Straße 30, 01277 Dresden

Die Zeitschrift erscheint 12mal im Jahr jeweils am 1. des Monats. Sie wird von allen Berliner Ärzten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedspreis abgegolten. Nichtmitglieder können die Zeitschrift beim Verlag abonnieren. Der Jahresbezugspreis (12 Ausgaben) beträgt im Inland € 61,40 (einschließlich Versand), Patenschaftsabonnement Berlin-Brandenburg € 40,90 (einschließlich Versand). Die Kündigung des Abonnements ist nur schriftlich an den Verlag mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf möglich. Einzelheftpreis € 4,20 zzgl. € 2,50 Versandkosten.
Z. Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 01.01.2006.

Die Leipziger Verlagsanstalt GmbH ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse Medizinischer Zeitschriften e.V.

ISSN: 0939-5784